



VNIVERSITATIS VALÈNCIA

**FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**PROGRAMA DE DOCTORADO: 3139 MEDICINA**

**“HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN SALUD MENTAL.  
EFICACIA Y VIABILIDAD”**

**TESIS DOCTORAL presentada por:**

**Elvira Ferrando Aparicio, Licenciada en Medicina**

**Director de tesis:**

Prof. Eduardo-Jesús Aguilar García Iturrospe

**Co-Director:**

Dra. Francisca Silvestre Pascual

**Valencia, 2020**

Las referencias a personas, colectivos o cargos de las organizaciones figuran en esta investigación en género masculino como género gramatical no marcado. Cuando proceda, será válida la cita de los aspectos correspondientes en género femenino.

Dr. **Eduardo Aguilar García-Iturrospe**, Profesor Titular del Dpto. de Psiquiatría de la Universitat de València y médico adjunto del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

**CERTIFICA:**

Que la presente memoria, titulada “**Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental. Eficacia y Viabilidad**”, corresponde al trabajo realizado bajo su dirección por Dña. **Elvira Ferrando Aparicio**, para su presentación como Tesis Doctoral en el Programa de Doctorado en Medicina de la Universitat de València.

Y para que conste firma el presente certificado en Valencia, a 2 de diciembre de 2020.



Fdo. Dr. Eduardo Aguilar García-Iturrospe.



Dra. **Francisca Silvestre Pascual** Jefa de Sección de Documentación Clínica del Hospital de Sagunto.

**CERTIFICA:**

Que la presente memoria, titulada “**Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental. Eficacia y Viabilidad**”, corresponde al trabajo realizado bajo su dirección por Dña. **Elvira Ferrando Aparicio**, para su presentación como Tesis Doctoral en el Programa de Doctorado en Medicina de la Universitat de València.

Y para que conste firma el presente certificado en Valencia, a 2 de diciembre de 2020.



Fdo. Dra. Francisca Silvestre Pascual.



“La educación es el arma más poderosa para cambiar el mundo”

**Nelson Mandela**





## **AGRADECIMIENTOS**



A **Eduardo Aguilar** por creer en este proyecto desde sus orígenes y apoyarme en todo momento, enseñarme que se puede disfrutar de la medicina y la vida sin perder la rigurosidad científica, por tu paciencia y cariño.

A **Franscica Silvestre** por demostrarme que la coordinación entre servicios es más sencilla de lo que yo pensaba, por tu energía, por tu carisma, por hacer lo difícil fácil, porque tu puerta siempre ha estado abierta y tus consejos.

A **mis compañeros del Hospital de Sagunto**, por ampliar el modo de ver la atención a nuestros pacientes y enseñarme en primera línea el funcionamiento de la Hospitalización Domiciliaria.

A **mis compañeros del Centro de Salud Mental de Sagunto**, por las idas y venidas entre despachos, por las escuchas activas, por las risas, por convertir los momentos difíciles en aprendizaje, por creer en mi y apoyarme siempre.

A **mis compañeros del Hospital Clínico de Valencia**, por acogerme tan bien desde el primer día por hacerme ver un modo de funcionar diferente, por las divertidas anécdotas que tenemos.

A **mis compañeros del Hospital de Getafe** por acogerme y enseñarme las bases para ejercer la Psiquiatría, por guiarme en mi formación, por las charlas, las explicaciones, los cafés, los paseos, por las críticas siempre constructivas, por hacerme creer que una atención comunitaria es posible.

A **mis amigos** que forman y han formado parte de mi vida por los miles de aventuras y desafíos que supimos vencer juntos.

A **mi familia política** por la generosidad con las personas y el apoyo incondicional.

A **mis hermanos (Ramón, Maria, Arantxa)** por todo lo que hemos vivido juntos desde pequeños, por las risas, por los lloros, por las “riñas” y por las “confidencias”, por las historias compartidas y también por las no compartidas.

A **mis padres**, por los valores que me han inculcado y que día a día intento seguir, por ser ejemplo de honestidad, firmeza y perseverancia, por enseñarme que lo importante de las personas está en su mirada, por su apoyo incondicional hasta cuando me equivocaba.

A **mis hijos (Olivia, Pablo y Alejandra)** por enseñarme que la vida es más que un conjunto de sucesos, por vuestra inocencia, por ser como sois, por hacer que siga creciendo a nivel personal y profesionalmente.

A **Pablo** por compartir conmigo el camino de la vida, por la complicidad, por el apoyo y hacerme creer que las cosas son posibles.



## **INDICE**



<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>25</b>
1. Unidad de hospitalización domiciliaria.....	28
1.1. Historia de la UHD a nivel internacional .....	28
1.2. Historia de la UHD a nivel nacional .....	30
1.3. Definición de la UHD .....	31
1.4. Funcionamiento del hospital a domicilio .....	34
1.5. Ventajas y desventajas .....	35
1.5.1. Ventajas .....	35
1.5.2. Desventajas .....	36
1.6. Las semejanzas y diferencias con UHD en SM. ....	37
2. Unidad de Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental.....	38
2.1. Objetivos .....	42
2.1.1. Objetivos generales.....	42
2.1.2. Objetivos específicos .....	42
2.2. Cartera de servicios .....	43
2.3. Recursos del dispositivo.....	44
2.3.1. Recursos humanos .....	44
2.3.2. Recursos materiales.....	45
2.4. Descripción del proceso de evaluación y asistencia .....	45
2.4.1. Derivación .....	45
2.4.2. Visita de valoración .....	47
2.4.3. Proceso de tratamiento .....	48
2.4.4. Proceso de alta .....	49
3. Departamento de Salud 4 “Sagunto” .....	53
3.1. Zonas de salud.....	53
3.2. Servicio de psiquiatría .....	56
3.3. UHD de Sagunto .....	56

3.4.	Funcionamiento de la UHD de Sagunto .....	57
4.	Recorrido histórico .....	58
4.1.	De Las antiguas civilizaciones al siglo XIX.....	58
4.2.	El siglo XIX.....	61
4.3.	El siglo XX.....	62
4.3.1.	El siglo XX en España.....	63
4.4.	El siglo XX: el inicio de la atención psiquiátrica en Europa .....	69
4.4.1.	Periodo 1: El auge de los manicomios (1880 -1950).....	69
4.4.2.	Periodo 2: La decadencia del manicomio (1950-1980) .....	71
4.4.3.	Período 3. El desarrollo de la atención comunitaria desde 1980 .....	73
5.	Psiquiatría Comunitaria .....	74
5.1.	Origen y definiciones.....	74
5.2.	Características de la psiquiatría comunitaria.....	77
6.	Reforma psiquiátrica a nivel internacional .....	79
6.1.	Principios básicos que rigen la reforma psiquiátrica.....	83
6.2.	Reforma psiquiátrica en EE. UU. ....	84
6.3.	Reforma psiquiatrica en Europa.....	85
6.4.	Reforma psiquiátrica en Italia.....	85
6.5.	Reforma psiquiátrica en Inglaterra .....	88
6.6.	Reforma psiquiátrica en España .....	89
6.6.1.	Proto reforma .....	89
6.6.2.	Reforma .....	92
6.6.3.	Consolidación de la Reforma. ....	96
6.6.4.	Análisis post reforma.....	96
7.	Recursos alternativos a la desinstitutionalizacion.....	98
7.1.	Centro de salud mental .....	100
7.2.	Programas de rehabilitacion psicosocial .....	100



7.2.1.	Tratamiento asertivo comunitario (TAC).....	102
7.2.1.1.	Similitudes y diferencias con la UHD.....	107
7.2.2.	Case management (Gestión de casos) .....	108
7.2.2.1.	Similitudes y diferencias con la UHD.....	110
7.3.	Tratamiento intermedio .....	111
7.3.1.	Hospital de día .....	111
7.3.1.1.	Comparación con la UHD.....	113
7.3.2.	Casas de crisis .....	113
7.4.	Acute mental health care.....	114
7.4.1.	Orígenes .....	114
7.4.2.	Principios.....	118
7.4.3.	Características .....	119
7.4.4.	Proceso terapéutico .....	121
7.4.5.	Efectividad.....	122
7.4.6.	Similitudes y diferencias con la UHD.....	123
7.5.	Sala de agudos .....	124
8.	Justificación.....	128
<b>II.</b>	<b>HIPOTESIS Y OBJETIVOS .....</b>	<b>129</b>
1.	Hipótesis fundamental.....	131
2.	Hipótesis secundaria .....	131
3.	Objetivos .....	131
<b>III.</b>	<b>MATERIAL Y METODOS .....</b>	<b>133</b>
1.	Diseño .....	135
2.	Fuente de datos .....	135
2.1.	Información de los sujetos.....	135
2.2.	Criterios de inclusión y de exclusión .....	136
2.3.	Muestra .....	137

3. Técnica de obtención de los datos.....	141
4. Organización y procesamiento de los datos:.....	145
5. Análisis estadístico.....	147
6. Consideraciones éticas. ....	148
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>149</b>
1. Análisis de la relación entre el tipo de intervención y número de reingresos en sala.....	151
2. Efecto de la pertenencia a la zona de cobertura en la tasa de ingresos en LA sala.....	153
3. Efecto de la pertenencia a la zona de cobertura en los reingresos en sala. .	153
4.Efecto del tipo de cobertura sobre los días de ingreso en sala en pacientes. .....	155
5. Análisis del efecto del diagnóstico sobre los días de ingreso.....	157
6. Resultados sobre la unidad de hospitalización domiciliaria.....	160
<b>V. DISCUSION .....</b>	<b>167</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>179</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>183</b>
<b>VIII. ANEXOS .....</b>	<b>207</b>
1. Anexo I .....	209
2. Anexo II .....	210

## **LISTA DE ABREVIATURAS**



<b>AEN</b>	Asociación Española de Neuropsiquiatría
<b>AD</b>	Atención Domiciliaria
<b>AINSA</b>	Administración Institucional de la Sanidad Nacional
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>CIE-9</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CPRS</b>	Comprehensive Psychopathological Scale Rating
<b>CRT</b>	Crisis Resolution Team
<b>CSP</b>	Programas de Acceso Comunitario
<b>CSQ-8</b>	Cuestionario de Satisfacción del Paciente
<b>CSM</b>	Centro de Salud Mental
<b>DSM-I</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
<b>HD</b>	Hospitalización a Domicilio
<b>IHT</b>	Intensive Home Treatment
<b>INSALUD</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>LGS</b>	Ley General de Sanidad
<b>NHS</b>	National Health System
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de Naciones Unidas
<b>PANAP</b>	Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica
<b>SM</b>	Salud Mental
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>TAC</b>	Tratamiento Asertivo Comunitario
<b>TMG</b>	Trastorno Mental Grave
<b>UCA</b>	Unidad de Conductas Adictivas
<b>UHB</b>	Unidad de Hospitalización Breve
<b>UHD</b>	Unidad de Hospitalización Domiciliaria

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b>	Mapa relacional
<b>Figura 2</b>	Proceso de alta
<b>Figura 3</b>	Mapa del departamento
<b>Figura 4</b>	Dispositivos de la red comunitaria
<b>Figura 5</b>	Acceso a Alumbra
<b>Figura 6</b>	Filtros Alumbra
<b>Figura 7</b>	Relación entre la pertenencia a la zona de cobertura y el número de reingresos
<b>Figura 8</b>	Comparación del número de días de ingreso en función de la zona de residencia

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	Diferencias entre atención domiciliaria y hospitalización a domicilio
<b>Tabla 2</b>	Similitudes entre atención domiciliaria y hospitalización a domicilio
<b>Tabla 3</b>	Zonas de Salud
<b>Tabla 4</b>	UHD y UHB semejanzas y diferencias
<b>Tabla 5</b>	Comparación de dispositivos
<b>Tabla 6</b>	Similitudes entre atención domiciliaria y hospitalización a domicilio
<b>Tabla 7</b>	Equivalencia GDR con diagnósticos
<b>Tabla 8</b>	Correspondencia diagnóstica
<b>Tabla 9</b>	Relación tipo de intervención y número de reingreso en sala
<b>Tabla 10</b>	Análisis de la relación entre zona y tipo de diagnóstico
<b>Tabla 11</b>	Tiempo de ingreso en función del diagnóstico
<b>Tabla 12</b>	Descripción de la procedencia de los usuarios de la UHD
<b>Tabla 13</b>	Descripción del tipo de diagnóstico en la UHD
<b>Tabla 14</b>	Análisis de la tasa de reingreso en función del diagnóstico
<b>Tabla 15</b>	Descripción del destino de los usuarios tras la intervención





## **I. INTRODUCCIÓN**



En este proyecto de investigación se va a analizar la eficacia y la viabilidad de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria de Sagunto tras su instauración hace más de 15 años.

Las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD) se concibieron integradas en los hospitales generales del Servicio Valenciano de Salud y se desarrollan a partir de la Orden del 26 de mayo de 1995 de la Conselleria de Sanidad (Megías del Rosal et al., 2004). En el momento actual en la Comunidad Valenciana hay un total de 9 UHD en el ámbito de salud mental y desde hace unos años este modelo se está extendiendo por el resto del territorio nacional.

Siendo la primera en instaurarse la UHD de Sagunto. Fue creada en el año 2004 por los doctores Eduardo J. Aguilar García-Iturrospe y Fernando Megías del Rosal en colaboración estrecha con la doctora Francisca Silvestre Pascual para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con trastorno mental grave (TMG) en momentos de crisis.

De ahí la importancia de este estudio, ya que la UHD es un pilar central en el tratamiento de nuestros pacientes con el que se intenta evitar ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) y de este modo se refuerza a las Centros de Salud Mental (CSM). El modelo constituye una evolución a una verdadera psiquiatría comunitaria.

Para poder entender cómo se llegó a la creación de la UHD, analizaremos en un primer momento las UHD generales, cómo surgen y su funcionamiento. Tras ello estudiaremos las UHD en Salud Mental y más concretamente la de Sagunto.

Haremos un breve recorrido histórico sobre el trato a los enfermos mentales a lo largo de los siglos que llevaron en los años 50 del siglo XX a tambalear los cimientos de la estructura asilar con las diferentes reformas psiquiátricas.

Explicaremos el concepto de psiquiatría comunitaria y como esta situación ayudo a realizar las reformas psiquiátricas alrededor del mundo, surgiendo tras dichos cambios la necesidad de nuevos dispositivos, detallando las semejanzas y diferencias entre cada uno de ellos.

Finalizaremos exponiendo porqué consideremos importante el siguiente estudio.

## **1. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA**

Las UHD en Salud Mental (SM) surgen dentro de las UHD de los hospitales generales por lo que nos parece importante hacer una reseña sobre ellas.

Para entender el surgimiento de la UHD hay que pensar en el cambio poblacional que se está dando en las últimas décadas en España, con una población cada vez más envejecida y con un mayor porcentaje de enfermedades crónicas. Para dar respuesta a esta situación surgen las UHD, ya que se requieren modelos más sencillos, flexibles y cercanos que potencien el tratamiento y seguimiento del paciente en su entorno, intentando evitar ingresos en hospitales ya que pueden ser fuente de posibles complicaciones, tales como las infecciones nosocomiales (Estrada Cuxart et al., 2017).

### **1.1. HISTORIA DE LA UHD A NIVEL INTERNACIONAL**

Es en 1947 de la mano del Dr. Bluestone cuando surge dicha modalidad terapéutica en New York. Significó un cambio de escenario con el cual se le dio importancia a la asistencia domiciliaria del paciente. Se empezó a recoger, entre otros datos, el entorno en el cual residía y el modo que tenía de relacionarse con su mundo. Hecho que daba una gran información a la hora de poder abordar tanto el proceso diagnóstico como terapéutico.

Diez años más tarde, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reforzó la extensión de este tipo de asistencia, promoviendo la atención especializada en el hogar para proporcionar al enfermo un servicio equivalente al que podría ser administrado en el hospital. En este mismo informe se remarcaba que dichos dispositivos conseguían una medicina más personalizada, se economizaban plazas en los hospitales y resultaba menos costoso que la hospitalización convencional.

Su objetivo inicial era descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación, al igual que reducir los costes del sistema sanitario.

Dicho concepto de hospitalización se fue extendiendo a nivel mundial sobre todo en EE. UU y en Europa. Cada dispositivo debía adaptarse a su sistema nacional de salud, lo que implicaba diferencias entre ellos. (Estrada Cuxart et al., 2017; Mitre Cotta et al., 2001).

El desarrollo de la UHD en Europa ha sido siempre muy irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente. Para paliar esta situación en 1996, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud creó el programa From Hospital to Home Health Care (Del hospital a la atención de salud en el hogar), con el objetivo de promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

En Europa, el primero en crear este dispositivo fue Francia. Más concretamente en París, con el Hospital Tenon en 1951.

Diez años más tarde se van instaurando en el resto del continente europeo. El Reino Unido creó en 1965 “Hospital Care at Home” (Atención Hospitalaria en el Hogar). En la década de los 60, en Europa Occidental y los países nórdicos se comenzaron a elaborar estrategias para reducir el número de camas para pacientes con largas estancias hospitalarias. En los setenta se extendió esta tendencia en Alemania. En los ochenta, en Italia, surgen con el nombre de Ospedalizzazione a Domicilio (Gonzalez Ramallo & Ruiz Garcia, 2002; Tarricone et al., 2008).

Se elaboraron políticas promoviendo alternativas para aquellos pacientes institucionalizados y/o con patologías agudas. Estos cambios tuvieron diferentes tiempos y ritmos (Torres Salinas et al., 2005).

## **1.2. HISTORIA DE LA UHD A NIVEL NACIONAL**

En España la creación de los servicios de hospitalización domiciliaria (HD) fue motivada por la saturación de los hospitales y por el intento de racionalizar el gasto sanitario.

Fue en 1981 cuando en el Hospital Provincial de Madrid (hoy Hospital General Universitario Gregorio Marañón) se inició la andadura de la hospitalización domiciliaria. Posteriormente, gracias al esfuerzo e interés de diferentes profesionales, se fue extendiendo a diferentes comunidades. Se produjo de forma irregular e inconstante.

Su legislación parte de la orden ministerial de 1985 y posterior Real Decreto de 1987 junto con el reconocimiento de dicha actividad en el ámbito hospitalario en la Ley General Sanidad (LGS) de 1986. La evolución posterior del sistema sanitario nacional no consolidó este desarrollo. Únicamente el País Vasco, la Comunidad Valenciana y Galicia cuentan hoy en día con un programa específico de HD de ámbito poblacional y con dependencia del Servicio Autonómico de Salud.

A pesar de este desarrollo irregular, las UHD aparecen desde el 2006 dentro de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En el momento actual hay un total de 111 unidades repartidas por todo el territorio nacional, siendo Cataluña y la Comunidad Valencia las que cuentan con mayores dispositivos 22 y 27 respectivamente.

Con respecto a la Comunidad Valenciana, se concibieron integradas en los hospitales generales del Servicio Valenciano de Salud y se desarrollaron a partir de la Orden del 26 de mayo de 1995 (DOGV del 12/06/95). En 1994 había 7 unidades repartidas en el territorio, que se han ido extendiendo hasta las 27 que se tienen en la actualidad.

### **1.3. DEFINICIÓN DE LA UHD**

La hospitalización a domicilio es una alternativa asistencial capaz de proporcionar, en el domicilio del paciente, un conjunto de actividades asistenciales, sanitarias y sociales que permiten tratar al paciente en su casa. Para su buen funcionamiento hay que realizar un adecuado desarrollo y una minuciosa coordinación de los recursos que confluyen en ella (Esteban Sobreviola et al., 2005).

La asistencia a domicilio se caracteriza, al igual que en el hospital, por su transitoriedad y finaliza con el alta definitiva o, eventualmente, con el fallecimiento del paciente o su reingreso en el hospital. Permite la utilización de técnicas más o menos complejas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que se realizan en el domicilio (Alonso & Escudero, 2010).

Es importante diferenciar dentro de la asistencia domiciliaria entre dos tipos de asistencia. Por un lado, contaremos con la atención domiciliaria (AD) que se encarga de dar asistencia a pacientes crónicos terminales de cualquier patología y/o inmovilizados. Es un proceso longitudinal. Es decir que no tiene fecha límite de asistencia. A nivel organizativo dependen de las gerencias de atención primaria al igual que sus recursos son los propios de atención primaria siendo los profesionales de primaria los responsables y referentes en la asistencia, y los profesionales de atención especializada ejercen una función de apoyo.

Por otro lado, está la hospitalización a domicilio que se encargará de los procesos agudos o altas precoces tanto médicas como quirúrgicas. Son procesos transversales. Es decir, acotados en el tiempo. Dependen de la gerencia de los hospitales y sus profesionales son los del hospital. Serán los responsables del seguimiento, siendo los de atención primaria, solo un apoyo (Cuxart Mèlich & Estrada Cuxart, 2012).

En la tabla 1 se muestra de forma esquemática las diferencias entre ambos dispositivos (Cuxart Mèlich & Estrada Cuxart, 2012; Jiménez et al., 2010; Mitre Cotta et al., 2001) y en la tabla 2 las similitudes.

**Tabla 1**

*Diferencias entre atención domiciliaria y hospitalización a domicilio*

DIFERENCIAS	AD	HD
<b>Criterios de ingreso</b>	No	SI
<b>Objetivo</b>	Prevenir la hospitalización	Sustituir la hospitalización
<b>Dependencia de los profesionales</b>	Área básica de salud	Hospital
<b>Dependencia de los pacientes</b>	Área básica de salud	Hospital
<b>Patología</b>	Crónica	Aguda
<b>Técnicas</b>	Poco intensivas y complejas	Complejas e intensivas
<b>Tratamientos</b>	Poco intensivos y complejos	Intensivos y complejos
<b>Seguimiento</b>	Tiempo ilimitado	Tiempo limitado
<b>Edad de los pacientes</b>	+65	Cualquiera
<b>Dependencia</b>	Si	No



**Tabla 2**

*Similitudes entre atención domiciliaria y hospitalización domiciliaria.*

<b>SIMILITUDES</b>	<b>AD</b>	<b>UHD</b>
<b>Lugar</b>	Domicilio	Domicilio
<b>Prevención</b>	Si	Si
<b>Educación</b>	Si	Si
<b>Humanidad</b>	Si	Si
<b>Eficiencia</b>	Si	Si
<b>Coordinación</b>	Si	Si

#### **1.4. FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL A DOMICILIO**

La UHD está dirigida a pacientes que la gravedad de su patología requiera de una hospitalización tanto a la hora de abordar el diagnóstico como el tratamiento. Así que, durante el ingreso en la UHD, los procedimientos diagnósticos del tipo que fuese al igual que la dispensación de los tratamientos se harán con la misma prontitud que en el hospital convencional (Jiménez et al., 2010).

Las UHD funcionan todos los días de la semana, incluso domingos y festivos, durante las 24 horas del día. Desde las 8 de la mañana hasta las 22 horas se desarrolla la actividad normal y cada UHD asume las urgencias domiciliarias, mientras que durante la noche son cubiertas por los sistemas de urgencias de los centros de salud o por los sistemas de urgencias metropolitanas y los servicios de urgencias del hospital de base.

Para poder ser incluido en el recurso deben de cumplirse una serie de requisitos tales como que el paciente y la familia tras explicarles en que consiste el ingreso, firmen el consentimiento. Debe de haber una estructura familiar que pueda asumir la responsabilidad del cuidado activo del paciente en el domicilio o bien un profesional especializado contratado para tal fin. La enfermedad que padezca tiene que ser transitoria y limitada en el tiempo, ya que como hemos expuesto anteriormente es un proceso transversal. La vivienda debe poseer ciertas condiciones mínimas en su estructura física, de modo que no pueda actuar como factor de riesgo de complicaciones y encontrarse en la zona de cobertura (Esteban Sobreviola et al., 2005; Estrada Cuxart et al., 2017; Gonzalez Ramallo & Ruiz Garcia, 2002; Torres Salinas et al., 2005).

La vía de entrada del paciente al dispositivo puede ser desde diversas fuentes como las urgencias hospitalarias, que además se ha visto que tiene una buena aceptación por parte de los beneficiarios (Jiménez et al., 2010), siendo el facultativo especialista quien active el ingreso. Tras ello, el equipo de la UHD revisa la historia clínica del paciente, su estado actual, así como los objetivos que se pretenden alcanzar con el ingreso. Tras valorar la pertinencia del ingreso y que tanto el paciente como la familia cumplen los requisitos expuestos más arriba, el equipo se desplaza al domicilio,

realizándose visitas diarias. Se puede mantener el contacto telefónico durante las 24 horas del día.

Las vías de salida del dispositivo pueden ser varias según cómo evolucione el cuadro. Si evoluciona favorablemente tras la resolución del cuadro será derivado a su médico de cabecera, en caso contrario si se produjesen complicaciones o el cuadro se agravase, se realizaría un reingreso en el hospital.

## **1.5. VENTAJAS Y DESVENTAJAS**

### **1.5.1. VENTAJAS**

Las ventajas que presenta este dispositivo son varias, y las pasamos a enumerar a continuación (Mitre Cotta et al., 2001):

- Proporciona una atención más humana, más cercana, permitiendo un trato más personalizado y adaptándose a la realidad del enfermo y de su contexto. Se consigue una mayor intimidad dado que tiene lugar en el domicilio.
- Se potencia la autonomía del paciente y la familia, ya que se les da herramientas para poder gestionar la situación consiguiendo de esta manera una mayor sensación de seguridad, formándolos para el alta y de forma indirecta se conseguirá prevenir el hospitalismo psíquico.
- Proporciona intensidad de cuidados. Dispone de una capacidad de intervención elevada, de rango hospitalario. Permite acortar o incluso evitar el ingreso en hospitalización convencional.
- Se trata de una atención multidisciplinar, donde intervienen diversos dispositivos tanto de atención primaria como especializada y trabajo social, posibilitando una atención integral y continuada, potenciando la capacidad de los recursos participantes.
- Aporta seguridad, evita la sobre indicación de tratamientos y pruebas complementarias, disminuyendo de esta manera, la iatrogenia a la que se ven sometidos nuestros pacientes, en ocasiones en el medio hospitalario.
- Es efectiva y eficiente, en diversas revisiones se ha podido constatar que el coste por estancia es inferior a la modalidad tradicional. Ya que se produce

una reducción de estancias innecesarias, al igual que un acortamiento en la estancia media.

- Es satisfactoria. Es una modalidad con un alto contenido de relación con el enfermo y su entorno. Este lo percibe como un elemento de calidad y atención excelente. Las UHD en España que realizan encuestas de satisfacción a sus pacientes suelen obtener resultados más elevados que la media de unidades de su centro. El índice de fidelización suele ser próximo al 100% en los casos en que se registra.
- Es un servicio flexible, que se adapta las circunstancias tanto del centro como de los usuarios.

### **1.5.2. DESVENTAJAS**

Pero dicho dispositivo también presenta algunas desventajas:

- Podría existir una sobrecarga para los cuidadores.
- Fallo en la coordinación entre la atención hospitalaria y la derivación a la atención primaria.
- La hospitalización domiciliaria podría prolongar los días totales de hospitalización (hospitalización hospitalaria más hospitalización domiciliaria).
- Riesgo de aparición de complicaciones o efectos adversos fuera del hospital.
- Necesidad de reingreso.

En resumen, la práctica de la atención en el domicilio aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internamiento en los hospitales. Adicionalmente, los costos de agregar camas en la hospitalización domiciliaria son menor que las inversiones necesarias para crear camas hospitalarias o para la ampliación o construcción de hospitales, aparte de que el costo por estancia es menor en la hospitalización domiciliaria que en la hospitalización tradicional (Alonso & Escudero, 2010; Estrada Cuxart et al., 2017; Mitre Cotta et al., 2001).

## **1.6. LAS SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS CON UHD EN SM.**

Para concluir este apartado nos gustaría hacer una breve reseña sobre las semejanzas y diferencias con la UHD en SM.

Son muchas las características que se comparten entre ambos dispositivos. La principal y más importante en la que se basa el dispositivo, es la de tratar al paciente en su hogar y de esta manera conseguir un trato más íntimo y humano sin romper los lazos del paciente con su comunidad.

El proceso histórico de ambas a nivel internacional es similar y evoluciona paralelamente. Tras la Segunda Guerra Mundial se produjeron cambios sociopolíticos en la población que hicieron eco en la sociedad médica. Este colectivo profundizó en la importancia de acercar los hospitales a las personas.

Las primeras diferencias en el ámbito nacional se dan en la implantación de las unidades domiciliarias, mientras que las UHD generales comienzan a funcionar en 1981 con una expansión considerable, no es hasta el año 2004, que se implanta la primera UHD en SM.

Ambos pertenecen a los dispositivos de atención especializada y su centro base está ubicado en el hospital, pero hay que remarcar que las UHD son un apoyo para la atención primaria. En SM son un nexo vital entre la atención ambulatoria y el hospital, permitiendo de esta manera una mayor flexibilidad en el trato.

Los objetivos de ambos son similares que es el acortamiento de las estancias medias, evitar ingresos y reingresos en pacientes, pero una diferencia en este sentido de las UHD en SM es que pretende reducir por un lado también la vivencia traumática del ingreso al igual que evitar el estigma, y quizás esto en las UHD generales, no es tan prioritario.

En cuanto a la cobertura, la UHD en SM funciona de lunes a viernes en horario de mañana, siendo la atención de las urgencias fuera de este horario responsabilidad del equipo de guardia, diferencia con la UHD general.

El modo de ingreso es similar, ya sea por puertas de urgencias, en el caso de SM, tras valoración por parte del psiquiatra de guardia, bien desde la planta de

hospitalización, y en el caso de SM, la puerta de entrada puede ser desde atención primaria (AP).

Ambos son procesos transversales, de duración recortada en el tiempo, pero dada la variabilidad en los diagnósticos difieren en las estancias medias.

## **2. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN SALUD MENTAL**

La hospitalización a domicilio en Salud Mental es un programa estructurado de Psiquiatría Comunitaria basado en principios de calidad y gestionado como un proceso que está funcionalmente integrado en las unidades de Hospital a Domicilio (Aguilar et al., 2012). Atiende al paciente descompensado psicopatológicamente en su entorno habitual proporcionando en el domicilio niveles diagnósticos y de tratamientos similares a los dispensados en hospital a través de un seguimiento intensivo protocolizado.

No solo se centra en la fase aguda de la enfermedad, si no que realiza un abordaje pensando también en el pronóstico a medio y largo plazo, intentando trabajar con el paciente y la familia aspectos esenciales en salud mental tales como como la adherencia al tratamiento, la vinculación a la red de salud mental, el trabajo con las familias, el estigma y sobre todo ver las capacidades que tiene el paciente y su entorno para poder afrontar la crisis por la cual está pasando (Singh et al., 2010; Thornicroft, 2007).

No es incompatible con otros recursos de SM, sino que son complementarios (Cuevas et al., 2020). Es decir, busca integrar el tratamiento de los pacientes agudos en la comunidad.

Surgen en la Comunidad Valenciana en el año 2004 con el objetivo de aumentar la calidad asistencial al paciente psiquiátrico, ofreciendo una atención más humanizada y menos estigmatizante, equiparando nuestra especialidad con el resto, dando un servicio, más cercano. Otro de los objetivos es el de acortar estancias en el Unidad de Hospitalización Breve y evitar ingresos, siendo junto con otros dispositivos una alternativa adecuada a las salas de agudos (Aguilar et al., 2012; Megías del Rosal et al., 2004).

Desde la primera creación en el Hospital de Sagunto se han ido extendiendo al resto de departamentos de salud de la Comunidad Valenciana. Eso sí, con importantes variaciones en su aplicación clínica.

A nivel nacional es desde hace poco tiempo, que se están empezando abrir este tipo de dispositivos (Alba et al., 2019; Cuevas et al., 2020).

Su origen fue dentro de las UHD generales para dar asistencia a los pacientes con TMG. Se debía dar cobertura en la comunidad a aquellos pacientes que estaban descompensados y se deseaba evitar un ingreso.

Con la reforma psiquiátrica se dio cobertura al paciente crónico creando los diferentes dispositivos tales como el tratamiento asertivo comunitario (TAC), la gestión de casos, pero el tratamiento del paciente agudo estaba centrado en la atención hospitalaria, de ahí la importancia de la creación de estas unidades.

Estas unidades guardan muchas similitudes con Crisis Resolution Team (CRT) y Intensive Home Treatment (IHT) que surgen en Inglaterra en la década de los noventa, con una rápida implantación en su estado, dado el apoyo recibido por las Instituciones Sanitarias Inglesas.

Aunque no se fundamentan en el pensamiento sistémico si nos parece clarificador el concepto de modelo de red social de Carlos Sluzky (Sluzki, 1998), ya que unos de los objetivos de las UHD es trabajar en el domicilio del paciente con sus personas significativas y se puede intervenir en sus relaciones con los miembros que forman tanto su microsistema como su macrosistema.

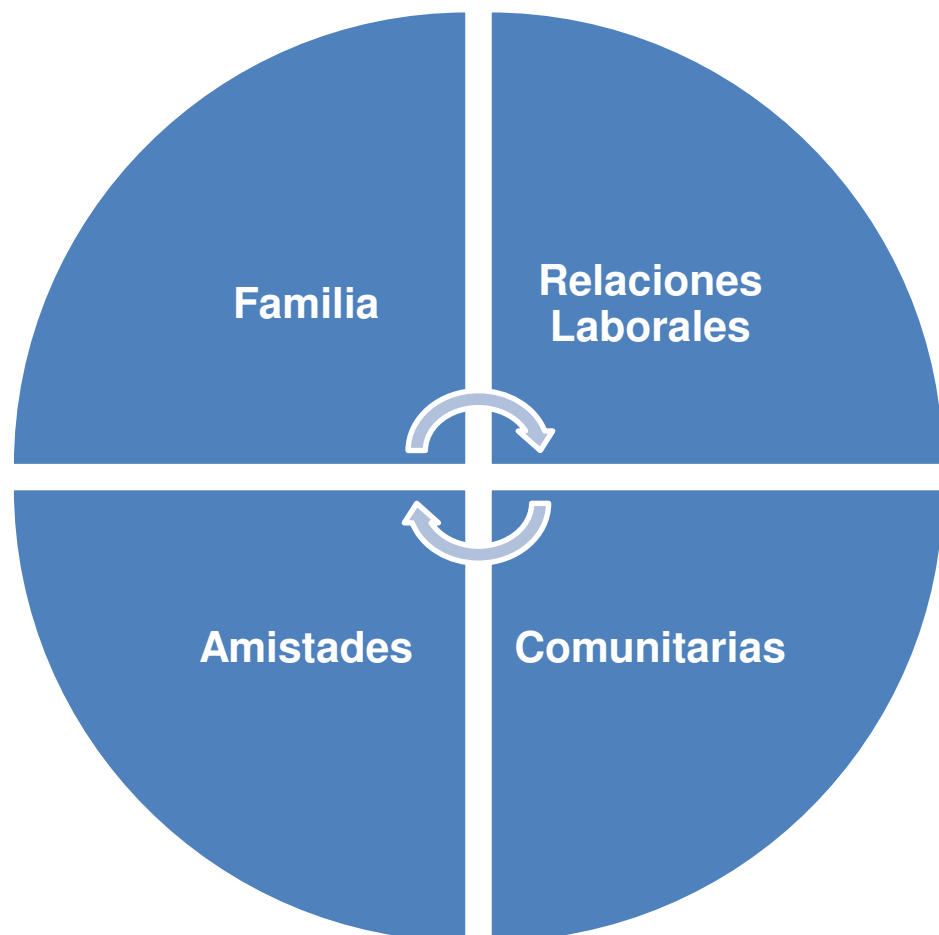
La red social personal puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad, dichas relaciones contribuyen sustancialmente en el reconocimiento como individuo y ayudan a formar una imagen de sí mismo.

Una red personal estable y activa, protege en términos de salud. Los pacientes con TMG presentan una red social más deteriorada, a través de la UHD en los momentos de crisis se puede intervenir para proteger y cuidar las relaciones de calidad de los pacientes.

Se registra como se observa en la figura 1 en forma de un mapa mínimo que incluya a todos los individuos con los que interactúa el paciente. El mapa puede ser sistematizado en cuatro cuadrantes. En un primer cuadrante está la familia, en el segundo cuadrante las amistades, en el tercer cuadrante relaciones laborales o escolares y el cuarto cuadrante relaciones comunitarias. Sobre estos cuadrantes se inscribe círculos para explicitar el tipo de relación que tiene con cada miembro de los cuadrantes.

### **Figura 1**

*Mapa relacional*





La instauración de las UHD en SM, se han producido de una manera irregular tanto en territorio nacional como el territorial. De hecho, no se menciona en la estrategia de salud mental nacional, aunque si en los planes estratégicos de la Comunidad Valenciana (*Estrategia autonómica de Salud Mental 2016-2020.Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública Generalitat Valenciana*, n.d.).

Es importante clarificar que nacen con una filosofía comunitaria, para dar cabida a los pacientes que presentan TMG que presentan una crisis debido a una descompensación de su patología de base.

Su finalidad es intentar evitar ingresos innecesarios y traumáticos, usando a la comunidad y a la familia como colaboradores en el tratamiento y de esta manera fortaleciendo al paciente, ya que se trabajará desde el principio con su autonomía. Al no romper los lazos con su entorno e incluyendo a la comunidad, se consigue un tratamiento menos estigmatizante (Thornicroft, 2007).

Nos parece importante resaltar, la no ruptura con sus lazos afectivos, que en ciertos pacientes es primordial, como en las mujeres que presentan patología tras el parto, ya que, a nivel del vínculo, una ruptura brusca con el menor puede ser catastrófica (Khalifeh et al., 2009).

No solo el paciente se beneficia de este tipo de asistencia, para las familias también es un tratamiento enriquecedor ya que pueden participar en el tratamiento y beneficiarse también de asistencia para ellas. Tanto de una manera indirecta como directa, ya que el psiquiatra puede ver de primera mano, como es el modo de interactuar de los miembros, el estilo comunicacional, la estructura, jerarquías, qué nivel de hostilidad o sobre implicación presenta todo el conjunto, cuáles son los mecanismos de afrontamiento. En definitiva, cuáles son las debilidades y fortalezas de la familia y trabajar con y para ellos (L. Kuipers, 1992; Scott & Starr, 1981).

Es sabido la carga emocional que implica tener un pariente con trastorno mental grave (E. Kuipers et al., 2004; Rolland, 2000) y cómo puede influenciar en el pronóstico tanto del paciente como de todo el sistema (L. Kuipers, 1992).

## **2.1. OBJETIVOS**

Se dividirán en objetivos generales y en objetivos específicos.

### **2.1.1. OBJETIVOS GENERALES**

- Ofrecer en el domicilio una asistencia protocolizada para dar con el diagnóstico y tratamiento que se aplicarían en una sala de agudos.
- Tratar de forma transversal al paciente en crisis, pero sin perder los aspectos longitudinales de la patología, para abórdalos y hacer un trabajo de prevención.
- Realizar un abordaje multidisciplinar, coordinándose con los diferentes dispositivos de la red que pueden estar interviniendo con el paciente. Esto es de suma importancia para que dichos dispositivos puedan conocer más de fondo al paciente y también actuar como agentes de filtro en futuras recaídas (modelo de Goldberg-Huxley) (Huxley, 1996).
- Trabajar con las familias y los pacientes, tanto de manera psicoeducativa como aportando modelos de afrontamiento más adecuados para prevenir crisis futuras.

### **2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Ofrecer a los centros de salud mental una alternativa a la hospitalización en los casos que haya una estructura familiar que lo permita.
- Actuar como soporte sobre los equipos de atención primaria.
- Posible puerta de entrada para ingreso en UHB.
- Reducir la presión de urgencias, porcentaje de ingresos urgentes y programados
- Reducir la estancia media de los boxes de observación de urgencias.
- Reducir el número de ingresos ectópicos que se deben a la falta de camas en la unidad de agudos.
- Reducir el número de ingresos totales en la unidad de agudos.

## 2.2. CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de servicios (Aguilar et al., 2009, 2012; Megías del Rosal et al., 2004) de la hospitalización a domicilio incluye procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se aplican sobre las siguientes patologías psiquiátricas: trastornos depresivos, episodios hipomaniacos, episodio maniaco estabilizado, demencia y otros trastornos orgánicos cerebrales con trastornos neuro psiquiátricos, primeros episodios psicóticos, trastornos psicóticos crónicos, trastornos psicóticos agudos estabilizados, conductas suicidas una vez superadas las complicaciones médicas y restablecido el nivel de conciencia, psiquiatría de enlace, enfermo terminal y tratamiento del duelo.

Dichos diagnósticos pueden variar de alguna UHD a otra. Hemos expuesto las de la UHD de Sagunto, al ser la pionera del recurso y la base del estudio que nos concierne.

Los **procedimientos diagnósticos** que se realizarán constarán de la entrevista clínica donde se realizará la historia clínica del paciente y la valoración del estado mental. Se solicitarán las pruebas de laboratorio pertinentes para hacer el diagnóstico diferencial y el control de los tratamientos psicofarmacológicos.

En los casos que se crea necesario, se realizaran las pruebas complementarias que se requieran para hacer despistaje de posible patología orgánica. Dado que el servicio de UHD, se incluye dentro de la UHD generales, se podría recurrir a dicho equipo, si el paciente lo necesitase, bien para valoración de su estado físico o si requiriese ingreso en el hospital por motivo físico.

Se realizarán las siguientes pruebas psicométricas según circunstancias clínicas:

- Mini-Examen Cognitivo si fuese necesario descartar posible deterioro cognitivo
- Escala de violencia de Plutchik
- Escala de riesgo suicida de Plutchik.
- Escala sociofamiliar de Gijón: para detectar situaciones de riesgo social.
- Índice de Barthel: para medir incapacidad
- Escala modificada de la sobrecarga del cuidador.

En busca de comprobar el rendimiento de las intervenciones realizadas, se medirá escala de discapacidad de Sheehan modificada y escala de satisfacción.

Los **procedimientos terapéuticos** consistirán en un plan asistencial médico donde se abordará el tratamiento psicofarmacológico según guías clínicas y un abordaje psicoeducativo donde se trabaje tanto con el paciente como con la familia sobre los síntomas, las causas, el curso y el tratamiento de la enfermedad. Se trabajará de forma conjunta con el paciente y la familia mejoras en los estilos comunicativos y se enfatizará en estilos de afrontamiento más adecuados en aras de prevención de recaídas futuras.

Desde enfermería se contará con una asistencia propia y complementaria a la de la psiquiatría.

## **2.3. RECURSOS DEL DISPOSITIVO**

### **2.3.1. RECURSOS HUMANOS**

El equipo estará formado por un psiquiatra que cubrirá desde las 8:00 a.m. hasta las 15:00 p.m, esto puede variar, ya que, en la UHD de Cataluña, la atención será hasta las 17.00 (Cuevas et al., 2020). De uno a dos enfermeros que se integran dentro del equipo de la UHD general, alcanzando una asistencia hasta las 22.00 p.m., y un auxiliar de enfermería que será el responsable de la atención telefónica, información, registro y almacenaje de esta, en horario de 8.00 a.m a 15.00 p.m.

Aquí se producen variaciones entre las diferentes unidades de hospitalización domiciliaria ya que en algunas presentan su propia enfermera de salud mental que será quien acompañe en las visitas al psiquiatra.

### **2.3.2. RECURSOS MATERIALES**

Está formado por un despacho, el cual está integrado dentro del hospital ubicándose en algunas áreas donde las instalaciones de la UHD general o bien junto la planta de agudos de psiquiatría. La diferencia más habitual se produce en el modo de desplazamiento a los domicilios bien se puede realizar en vehículo propio con gastos de kilometraje que correrán a cuenta del hospital, modo común de los hospitales comarcales o bien a través de taxis en hospitales más grandes.

En cuanto al número de camas disponibles en la unidad dependerá del tamaño de esta oscilando entre 10 y 5

### **2.4. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y ASISTENCIA**

El proceso de evaluación y asistencia (Aguilar et al., 2012; Cuevas et al., 2020; Megías del Rosal et al., 2004) constará del siguiente procedimiento:

#### **2.4.1. DERIVACIÓN**

Para que el paciente sea admitido en UHD lo primero a realizar es una propuesta de ingreso. Dicha propuesta puede ser cumplimentada por el psiquiatra de guardia desde las urgencias del hospital, desde UHB por el psiquiatra de referencia del ingreso, desde el centro salud mental por su psiquiatra, desde el centro de atención primaria o desde cualquier dispositivo de la red comunitaria que esté prestando servicios al paciente.

En dicha propuesta se marcará la fecha en la cual se realiza, los datos de filiación del paciente (nombre y apellidos, edad, sexo, número del SIP, dirección, los teléfonos de contacto) diagnósticos, medicación actual, motivo del ingreso, propuestas terapéuticas también se pondrá médico de atención primaria y psiquiatra responsable del paciente, si presenta sospecha de riesgo suicida catalogándolo en alto, medio, bajo al igual que sospecho de riesgo de agitación o violencia que también se nivelará en alto medio o bajo finalmente firmará el médico que solicita la derivación al dispositivo. (ver Anexo 1).

Para agilizar los trámites del ingreso se puede poner en contacto directo con el psiquiatra de la UHD el cual valora al paciente en un tiempo máximo de 48 horas y se mandará por correo o valija interna la propuesta del ingreso.

Los derivantes tendrán en cuenta tanto los criterios de inclusión como de exclusión a la hora de hacer la derivación.

### **Criterios de inclusión**

- Padecer un diagnóstico referenciado en la cartera de servicios.
- Presenten una descompensación de su patología de base.
- Residir en el área de cobertura del programa.
- Disponer de un familiar o acompañante responsable que actúe de cuidador principal.
- Firma del consentimiento informado por parte del paciente y del cuidador principal.

### **Criterios de exclusión**

- Ausencia de soporte familiar adecuado.
- Presencia de trastorno de conducta grave tal como agitación o conducta violenta.
- Riesgo inminente de suicidio.
- Edad menor o igual a 16 años.
- Diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria.
- Intoxicación o abstinencia a sustancias y dependencia opiáceos cocaína o drogas de síntesis.

En las horas posteriores a la recepción de la solicitud, el psiquiatra de la UHD o enfermera se pondrá en contacto con el paciente en un máximo de 48 horas, pero lo habitual suele ser en las primeras 24 horas.

### **2.4.2. VISITA DE VALORACIÓN**

Se realizará una primera visita de valoración de forma conjunta médico-enfermera de la unidad en el plazo máximo de 48 horas.

Si tras valoración el equipo de la UHD cree que el paciente no cumple criterios de ingreso en el dispositivo, se lo comunicará tanto al paciente como a la familia como al psiquiatra responsable.

- **Acogida**

En la primera visita que ya se produce en el domicilio acudirá el equipo completo de la UHD (psiquiatra y enfermería).

El equipo se presentará, dará la información sobre la unidad, las características del ingreso, los números de teléfono de contacto del equipo y los circuitos a los cuales puede recurrir el paciente o la familia.

Se realizará una entrevista conjunta con el paciente, la familia y el equipo terapéutico para evaluar el estado clínico y el entorno.

Tras la entrevista clínica tanto por el psiquiatra como por el personal de enfermería se dará el plan terapéutico a seguir qué será abordado junto con el paciente. Quedará explicitado tipo de tratamiento a realizar e intervenciones posibles al igual que la frecuencia de las visitas que serán realizadas en función del estado clínico del paciente. Se facilitará hoja de tratamiento y se explicará el modo de actuar, ante una urgencia.

Se procederá a firmar el consentimiento informado siendo obligatorio para la familia y se aceptará el consentimiento verbal por parte de algunos pacientes, pero siempre haciendo un registro en la historia clínica del mismo.

Una vez finalizada esta visita y tras dar el paciente y la familia el consentimiento se procederá a formalizar el ingreso en la unidad.

### **2.4.3. PROCESO DE TRATAMIENTO**

A lo largo del ingreso se llevará a cabo el plan de tratamiento individualizado que se ha realizado por parte del equipo de la UHD en coordinación con el psiquiatra de referencia. Se realizarán las visitas domiciliarias que se hayan acordado pudiendo producirse variaciones según el estado clínico del paciente; el paciente tendrá acceso telefónico a la unidad de 9.00-15 horas y tras ello las urgencias serán atendidas por el psiquiatra de guardia del hospital de referencia.

Las visitas intentarán hacerse de manera conjunta enfermería y psiquiatría y en los casos en los que haya un médico interno residente también participará de las mismas.

Los cambios que se realicen en el tratamiento quedarán registrados en la hoja de tratamiento que tiene el paciente.

La evolución del paciente se registra diariamente en su historia clínica al igual que las diferentes actuaciones realizadas por el equipo.

Los tratamientos farmacológicos serán supervisados por parte de la familia o del cuidador responsable.



#### 2.4.4. PROCESO DE ALTA

El proceso de hospitalización quedará culminado con el alta del paciente, siendo tres vías las que se pueden producir como se observa en la figura 2

**Figura 2**

*Proceso de alta*



- **Alta por mejoría**

Se produce cuando se han cumplido los objetivos terapéuticos marcados en el plan de tratamiento y se haya dado por tanto la mejoría clínica y funcional que le permitan realizar el seguimiento desde un dispositivo ambulatorio.

Previo al alta el equipo de la UHD se pondrá en contacto con el equipo del CSM para abordar de manera conjunta cual es la situación clínica-social del paciente, comentar el plan terapéutico realizado y las propuestas cara al alta.

Una vez acordado el alta con el paciente, el psiquiatra procederá a realizar el informe de alta donde quedará registrado: datos de filiación del paciente, motivo del ingreso, estado mental al ingreso, evolución, estado mental al alta, plan terapéutico realizado tanto a nivel farmacológico, donde se explicitará si se han producido efectos secundarios, interacciones, como otro tipo de intervenciones realizados tanto a nivel individual como familiar o con algún miembro de la comunidad, diagnóstico, tratamiento al alta, pautas a seguir y cita con el psiquiatra y la enfermera de referencia.

- **Alta por empeoramiento.**

Se da cuando se produce un empeoramiento clínico del paciente y este debe ser derivado para ingreso en la sala de agudos. En este momento se pueden dar varios escenarios.

- ❖ **Ingreso programado.**

El estado clínico del paciente permite que se haga un ingreso programado en la UHB.

Primero se abordará con el paciente la necesidad de realizar un ingreso en la unidad de agudos dado su estado clínico.

Tras ello algún miembro del equipo se pondrá en contacto con el psiquiatra responsable de la unidad para informar de la situación y solicitar una reserva de

cama para el paciente, al igual que con su psiquiatra de referencia para informarle de los cambios producidos en el ingreso.

Mientras el ingreso no sea posible por falta de camas, el equipo de la UHD seguirá con las visitas al domicilio, sí mientras espera la cama en el hospital se producen alguna complicación que requiriese un ingreso urgente se pasaría a esta modalidad.

Cuando se puede hacer efectivo el ingreso, el psiquiatra o la enfermera de la unidad informaran tanto al paciente como a la familia y les explicará las pautas a seguir en el traslado.

Tras ello, el psiquiatra de la UHD informará al compañero de guardia del traslado que se va a producir.

Se elaborará un informe clínico que será entregado al familiar para que se lo proporcione al psiquiatra de guardia.

El traslado al hospital puede hacerse de dos maneras diferentes. Si las circunstancias lo permiten será la familia o los responsables del cuidado del paciente los que hagan el traslado, si esto no fuese posible sería a través del 112 y el psiquiatra de la UHD quién movilizaría dicho recurso.

#### **❖ Ingreso urgente.**

El paciente presenta una descompensación psicopatológica o complicaciones orgánicas que requieran de una hospitalización urgente, éste se podrá hacer de manera voluntaria o involuntaria.

##### **○ Ingreso voluntario.**

El paciente tras explicarle la conveniencia de un ingreso acepta dicha opción terapéutica.

El psiquiatra activa el ingreso en la UHB, se pone en contacto con el psiquiatra de guardia para informarle del traslado y de la situación clínica del paciente, gestiona el traslado al hospital bien a través de la familia o a través del equipo del 112.

Tanto la enfermera como el psiquiatra permanecerán en el domicilio hasta la llegada del 112. Se facilitará al médico responsable del traslado un informe clínico sobre el paciente y posibles pautas de intervención.

- **Ingreso involuntario.**

El paciente tras explicarle la conveniencia del ingreso no acepta y existen alteraciones psicopatológicas que alteran su juicio de la realidad y que pueden conllevar un riesgo para él o para terceros. Se procederá al ingreso de características involuntarias.

Se activará el traslado al hospital a través del 112, se informará al psiquiatra de guardia del traslado de características urgentes e involuntarias.

El equipo de UHD permanecerá en el domicilio o en su defecto en las cercanías de este hasta que acuda el 112 para realizar el traslado.

- **Alta voluntaria**

La salida del dispositivo por alta voluntaria se produce cuando el paciente o su representante legal solicitan la misma, para que pueda ser efectiva deben firmar el alta voluntaria que quedará registrada en la historia clínica del paciente.

El psiquiatra de la UHD contactará con el psiquiatra de referencia en USM facilitando una cita al paciente.

Si dicha petición se produjese desde una alteración del juicio debido a la clínica se procedería a realizar un ingreso de características involuntarias en la sala agudos de referencia, siendo el psiquiatra de la UHD, el responsable de gestionarlo como se ha expuesto más arriba.

### **3. DEPARTAMENTO DE SALUD 4 “SAGUNTO”**

Antes de explicar el funcionamiento de la UHD de Sagunto, pasaremos a exponer en qué departamento de salud se encuentra inmersa.

Cuando se inicia el programa, la Comunidad Valenciana estaba dividida en 20 áreas de salud, siendo el área de Sagunto, el Área 3. En el año 2005 hay una reasignación, pasándose a denominar departamentos y convirtiéndose el Área 3 en el Departamento 4 pero atiende a la misma población que la antigua Área 3.

El Departamento 4 de Salud cubre las necesidades asistenciales de las poblaciones de las comarcas del Cap de Morvedre (Valencia) y el Alto Palencia (Castellón) así como los municipios de Puzol, el Puig (Horta Nord) y Almenara, Xilxes y La Llosa (Plana Baixa). Un total poblacional de 151.057.

Dicho departamento queda dividido en 10 áreas de salud.

#### **3.1. ZONAS DE SALUD**

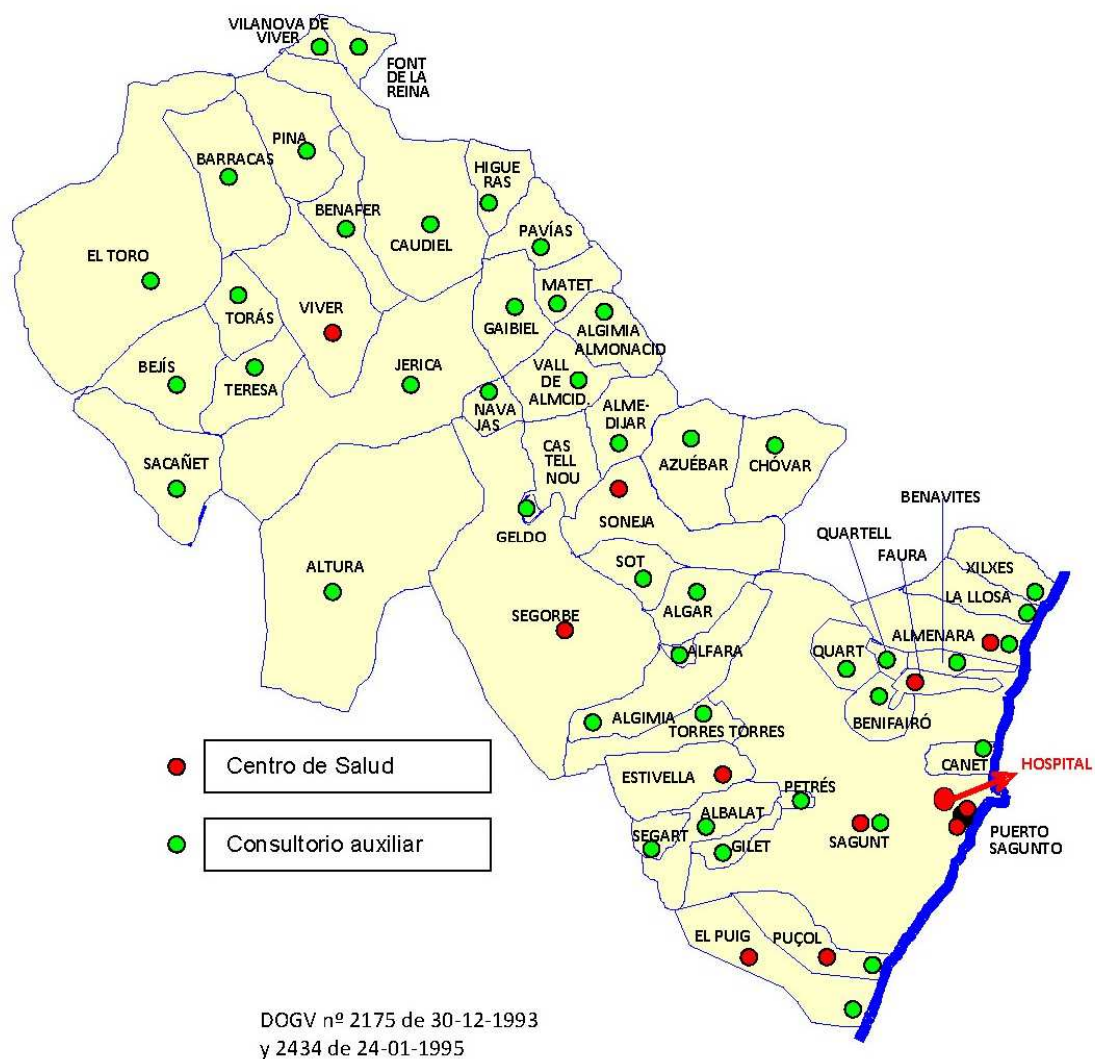
En la tabla 3 se muestra la correspondencia de localidades con las zonas de salud que forman el Departamento de Sagunto y en la figura 3 un mapa del departamento (datos obtenido de la memoria del Hospital de Sagunto 2017).

**Tabla 3***Zonas de Salud*

<b>Zona 1</b>	Almenara, Chilches, La Llosa
<b>Zona 2</b>	Albalat dels Tarongers, Alfara de la Baronia, Algar de Palancia, Algimia de, Estivella, Gilet, Petrés, Segart, Torres-Torres.
<b>Zona 3</b>	Benavites, Benifairó de les Valls, Faura, Quart de les Valls, Quartell.
<b>Zona 4</b>	Puçol.
<b>Zona 5 y 7</b>	Canet d'En Berenguer, Sagunto, Puerto de Sagunto
<b>Zona 6</b>	El Puig
<b>Zona 8</b>	Algimia de Almonacid, Almedíjar, Altura, Castellnovo, Gaibiel, Geldo, Matet, Navajas, Segorbe, Vall de Almonacid.
<b>Zona 9</b>	Barracas, Bejís, Benafer, Caudiel, Fuente la Reina, Higueras, Jérica, Pavías, Pina de Montalgrao, Sacañet, Teresa, Torás, Toro (El), Villanueva de Viver.
<b>Zona 10</b>	Azuébar, Chóvar, Soneja, Sot de Ferrer

**Figura 3**

*Mapa del departamento*



### **3.2. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**

El Servicio de Psiquiatría de Sagunto está formado por una UHB con una cobertura de 7 camas, interconsulta y atención de urgencias de forma presencial en horario de mañana y localizada desde las 15.00 p.m hasta las 8.00 a.m, UHD con una cobertura de 8 camas, 3 CSM situados en Segorbe Sagunto y Puzol, centro de salud infanto-juvenil de Baladre, y se pasa consulta 2 días en el centro de salud del Puig y uno en Estivella.

En cuanto a personal son un total de 9 psiquiatras, uno de ellos está a tiempo parcial en adultos e infantil, 3 psicólogos de adultos, 1 psicólogo infantil, 2 enfermeros en CSM de Sagunto, y una enfermera en el CSM de Segorbe. Una trabajadora social para infantil y otra para adultos.

### **3.3. UHD DE SAGUNTO**

Nace en el año 2004 de la estrecha colaboración que se dió entre los servicios de psiquiatría de la mano del Dr Fernando Megías del Rosal y el Dr. Eduardo Jesús Aguilar García- Iturrospe y el servicio de Documentación Clínica gracias a Dra. Francisca Silvestre Pascual.

Desde la UHD de medicina general se quería integrar la atención a los enfermos mentales en su cartera de servicios, siendo los médicos del dispositivo quien los atendiesen. Tras sendas reuniones, se vió que sería mas eficiente que fuesen los propios psiquiatras quien diesen cobertura a los enfermos mentales y crear dentro de la UHD la propia de SM.

Con el objetivo principal de dar cobertura a los pacientes con trastorno mental grave e introducir un dispositivo que sirviese de soporte a los CSM, AP y UHB. Atendiendo a pacientes que se encuentran en una situación de descompensación psicopatológica que requieran un ingreso en la unidad de agudos pero que dado que presentan un apoyo socio familiar es posible realizarlo en el mejor lugar terapéutico posible, su domicilio. Intentando de esta manera evitar ingresos y favorecer altas tempranas siendo estos los dos objetivos principales del presente estudio

Usando tanto las técnicas diagnósticas como terapéuticas que se realizarían en el contexto hospitalario.



Como hemos expuesto más arriba el Departamento de Sagunto cubre diversos municipios en concreto 10 áreas de salud básicas. La UHD de Sagunto cubre las zonas 2,4,5,6,7.

Desde su instauración han sido varios los psiquiatras que han formado parte del equipo.

### **3.4. FUNCIONAMIENTO DE LA UHD DE SAGUNTO**

La UHD de Sagunto está formada por un psiquiatra que cubre tres días a la semana de 8.00 a.m a 15.00 p.m. y dos enfermeros que forma parte del equipo de la UHD general y que cubren dos turnos de 8.00 a.m. a 15.00 p.m. y 15.00 a.m. a 22.00 p.m.

Su despacho se sitúa en el Hospital de Sagunto, integrado en los despachos de la UHD, para los desplazamientos utilizan su propio vehículo, corriendo el kilometraje a cuenta del hospital.

Dentro de la cartera de servicios de la UHD de Sagunto se encuentran los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se aplican a las patologías referenciadas en el apartado de la UHD en SM.

El proceso del ingreso constará de cuatro partes (derivación, acogida, proceso terapéutico y alta) siendo este proceso similar al expuesto para la UHD en SM.

Si que nos parece importante matizar los criterios de inclusión que serán los siguientes: se aceptarán a los pacientes con sospecha diagnóstica referenciada en la cartera de servicios, residir en alguna de las zonas de cobertura de UHD (Sagunto, Puerto de Sagunto, Puig, Puzol, Canet, Estivella y Gilet) y presentar algún familiar o cuidador que se encuentre en el domicilio durante el ingreso.

En diversas ocasiones se han hecho excepciones en cuanto a la aceptación de algún tipo de paciente o situación sociofamiliar, pero la impresión es que cuanto más nos alejamos de los criterios, se obtienen peores resultados tanto a nivel de complicaciones o mejoría clínica (Aguilar et al., 2012).

## **4. RECORRIDO HISTÓRICO**

Antes de adentrarnos en los conceptos de psiquiatría comunitaria y reforma psiquiátrica del siglo XX, haremos un recorrido sobre cuáles eran los conceptos que se tenían sobre la salud mental y como ha sido el trato que los pacientes han recibido a lo largo de los siglos tanto a nivel nacional como internacional.

### **4.1. DE LAS ANTIGUAS CIVILIZACIONES AL SIGLO XIX**

Desde el antiguo Egipto se tienen referencias sobre las enfermedades mentales. Los egipcios pensaban que eran causadas por los demonios o por un castigo de los dioses. El tratamiento consistía en exorcismos u otros rituales para intentar curar los afectos. Dicho pensamiento se mantiene en la Antigua Grecia. Los griegos seguían pensando que las enfermedades mentales tenían influencias sobrenaturales y basaban sus tratamientos en pensamientos teológicos (González De Rivera, 1998).

En la época romana, Galeno da un tinte científico a la medicina y en psiquiatría aporta un profundo conocimiento de la mente humana, y una actitud sumamente respetuosa hacia los aspectos psicológicos de sus enfermos (González De Rivera, 1998).

En España merece la pena mencionar la etapa visigoda, ya que juntaron la cultura hispa-romana con la propia y llenaron de riqueza cultural nuestras tierras (Barcia, 2004).

La cultura árabe humanizó el trato a los pacientes dementes. Ejemplo de ello es que fueron pioneros en la instauración de establecimientos que denominaban “maristanes” donde daban prioridad al bienestar de los usuarios, no solo a enfermos mentales si no a personas excluidas socialmente sobre todo por motivos médicos (Torres-González, 2012).

Durante la Edad Media se volvió al concepto de que las enfermedades mentales eran consecuencias de los castigos divinos o de las posesiones por parte de los demonios. De manera consecuente a este pensamiento, los tratamientos se fundamentaron en el exorcismo, el castigo físico o el ingreso en penitencias.

El lugar del enfermo mental en la sociedad de la época feudal presentó contrastes y contradicciones. Por un lado, se reconoce el sufrimiento de los enfermos mentales y

se intenta remediar dando importancia a los cuidados médicos y a las peregrinaciones terapéuticas. Por otro lado, se produce un creciente proceso de exclusión de los dementes, junto con otros marginales de la época (Poste & Quéteí, 2000).

Durante el siglo XV, se comienzan a crear en Europa establecimientos para internar a las personas que presentaban síntomas psiquiátricos (González De Rivera, 1998).

El primero de Europa se estableció en Valencia y fue el “Hospital d’Innocents, Follocs i Orats” fundado por Juan Gilabert Jofré en 1410. Consideraba a los usuarios como enfermos mentales e instauró el tratamiento moral. Consistente en ejercicios, dieta, juegos (entre otras actividades).

Tras éste se construyeron por toda España y Europa.

El Hospital de Zaragoza es considerado como el lugar que marca el punto desde el cual los dementes dejaron de ser considerados como seres que les ocurrían cosas sobrenaturales que solo la religión podría explicar y se les concibe como personas que padecen una enfermedad y deben ser internados con el resto de los pacientes.

De hecho, antes del ingreso se procedía a hacer un examen para saber si estaba loco o no. Tras el ingreso, era una junta de médicos quien determinaba la forma, los recursos y tiempos en los que se debía fundamentar el ingreso (López-Ibor, 2008).

El Renacimiento significó la vuelta al pensamiento racional aceptando el predominio de la razón sobre la tradición y la fe (Poste & Quéteí, 2000). Se daba prioridad al conocimiento ganado a través de la experimentación con respecto al razonamiento lógico abstracto. Hubo un rápido progreso de la medicina que dejó atrás a la psiquiatría.

Importante fue la visión de Descartes en el siglo XVII, por su distinción entre el comportamiento animal catalogado como reflejo y el comportamiento humano, que era algo más que automatismo, y que implica que el hombre tiene la capacidad de pensar, y por tanto presenta alma y cuerpo (Gutiérrez et al., 2018).

Hobbes defendió que la única esperanza del hombre consiste en la organización comunitaria con sus congéneres, a través de la cual aprende las virtudes de la

convivencia, pensamiento en el cual se fundamenta la UHD, que concibe que el tratamiento en la comunidad puede ser de gran ayuda a los pacientes, ya que no se rompe los vínculos con el resto de los miembros de la comunidad.

Fue un momento que se comenzó a separar la psicología de la psiquiatría. Mientras una avanzaba, la otra era una ciencia cada vez más abandonada por la medicina, quizás por el temor de lo irracional. A los enfermos mentales se les consideraba como animales por lo que el trato que recibían era desalentador. Seguían hacinados en instituciones desprovistas de atención y de los elementos básicos del cuidado.

La creciente racionalización y medicalización de la asistencia se dio conjuntamente a la emergencia del Hospicio como respuesta institucionalizada para dar tratamiento al problema de la locura, la demencia y el retardo mental.

Estas instituciones se colocaron pronto a la vanguardia del proceso de atención y conformaron una respuesta institucional casi exclusiva para la atención de las dolencias mentales.

Estaba surgiendo un enfoque humanitario y compasivo que proponían mitigar una era de maltratos y vejaciones que primaban en los establecimientos, acabar con la función custodial e iniciar una función terapéutica. Varios fueron los protagonistas del “tratamiento moral”.

Pinel trabajó unos meses al principio de la Revolución francesa en Bicêtre donde vio que el guardián de los locos, Jean-Baptiste Pussin (1746-1811) había conseguido quitar las cadenas de hierro a los dementes utilizando camisolas de cutil que permitían a los enajenados desplazarse libremente por los patios del hospicio. También se fijó en el trabajo de la esposa de Pussin, que había alimentado a pesar de la falta de víveres a los que se hospedaban en esas paredes (Gutiérrez et al., 2018). Dado que Pinel concebía a los encerrados como enfermos mentales, expuso que debían de recibir un trato basado en el respeto y los liberó de los grilletes. Esquirol, (1722-1840) alumno de Pinel siguió su filosofía y se abrieron 10 instituciones que operaban de la misma manera.

En Estados Unidos, Benjamín Rush (1745-1813), considerado el padre de la psiquiatría americana trató de poner en práctica las ideas de Philippe Pinel y William Tuke en el Hospital de Pensilvania.

## **4.2. EL SIGLO XIX**

A lo largo del siglo XIX, los dementes comenzaron a recibir un trato más humanitario, aunque se limitaba en muchas ocasiones a la manutención y el alojamiento debido a que la terapéutica había avanzado muy poco. La ideología de los centros seguía basándose en la caridad y en la custodia.

La España del siglo XIX se caracterizó por presentar manicomios públicos que, dada la escasa inversión estatal en ellos, eran lugares de reclusión, faltos de personal especializado y por lo tanto de trato medicalizado (Campos & Huertas, 1988).

En este siglo comienza a desarrollarse la psicopatología moderna extendiéndose hasta mediados del siglo XX. A lo largo de este periodo, se fueron generando los principales elementos en los que se fundamenta la comprensión actual de los trastornos mentales (Perez & Peñaranda, 2017).

Una dificultad fue el nacionalismo y el patriotismo, ya que debido a que unos ignoraban a otros y viceversa, la clasificación no solo era diferente entre los países sino también entre las diferentes escuelas (Castilla del Pino, 2007).

En 1908 surgió el movimiento por la Higiene Mental (The Mental Hygiene Movement) de la mano de C.Beers que escribió un libro autobiográfico donde explicaba el tratamiento que él mismo había recibido en un hospital psiquiátrico de Connecticut. Otra experiencia de estas características fue la relatada por Nelly Bly, se hizo pasar por loca a fin de ser ingresada en el hospital psiquiátrico neoyorquino de Blackwell's Island. Las repercusiones mediáticas de su caso impulsaron diversas iniciativas reformistas por parte de las administraciones estadounidenses (Perez & Peñaranda, 2017).

Fue un movimiento internacional que se extendió rápidamente por Gran Bretaña, Francia y otros países europeos y que promovió diversas propuestas de descentralización asistencial, propaganda sanitaria y prevención de la enfermedad mental (Campos & Novella, 2017).

Los **objetivos** de la Liga de la Higiene Mental fueron:

- Mejorar las actitudes públicas hacia la enfermedad mental y quienes la padecían
- Mejorar los servicios y la atención ofrecida a estos enfermos
- Trabajar por la prevención y la promoción de la salud mental

#### **4.3. EL SIGLO XX**

Si no se puede separar la historia de la psiquiatría del contexto de la historia general, como hemos visto a lo largo de la exposición, todavía menos en el siglo XX, en cuyo transcurso se desencadenaron dos guerras mundiales, muchas nacionales, varias revoluciones y otros acontecimientos políticos y se produjeron grandes descubrimientos científicos (Garrabe, 2002).

El siglo XX está marcado por el comienzo del desarrollo científico de la Psiquiatría. Significó un avance en conocimientos psicopatológicos y psicofarmacológicos.

Se inicia el estudio de la psicopatología, existiendo dos grandes escuelas, la francesa y la alemana. Siendo referentes hasta el día de hoy (Garrabe, 2002).

Lo que pretenden no era solo describir síntomas y enfermedades, sino determinar cuáles son los mecanismos psicológicos que provocan experiencias vitales anómalas y asociarlos a los cambios cerebrales.

El Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana publicó en 1952 la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-I) (del Barrio, 2009), siendo ese mismo año cuando surge la clorpromazina y la reserpina como dos antipsicóticos, y la imipramina como antidepresivo (Ban, 2007; Castilla del Pino, 2007) que significó una revolución en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos y un replanteamiento conceptual de la especialidad.

Diez años más tarde se inicia oficialmente el proceso que se conoce como desinstitucionalización y que se expondrá en un apartado aparte.

#### 4.3.1. EL SIGLO XX EN ESPAÑA

Las primeras décadas del siglo XX en España se caracterizaron por: inestabilidad y crisis política, rechazo de las viejas instituciones, anhelo de transformaciones sociales, movimientos, organizaciones sociales y por un dinamismo cultural y científico (Aparicio Basauri & Sánchez Gutiérrez, 1997).

En el campo de la psiquiatría había un buen número de psiquiatras y neurólogos comenzando a trabajar de un modo más científico, con una sólida base anatomopatológica, que seguía el poderoso influjo de la Escuela de Cajal (Castilla del Pino, 2007; Pérez, 2006) y, especialmente, por la ampliación de su formación en el extranjero, gracias a las becas de la Junta de Ampliación.

Nombres importantes surgen en esta época entre los que destacan: Lafora, G.Rodríguez, E.Fernández Sanz, J.M Sacristán, Busquets.

Al inicio del siglo los psiquiatras comenzaron a criticar la situación heredada del siglo XIX (Aparicio Basauri & Sánchez Gutiérrez, 1997) y promovieron una reforma cuyos objetivos principales eran: el cese del manicomio como centro de reclusión, medicalizar la enfermedad mental y promover la reinserción social de los pacientes (Campos Marín, 1997; Campos & Huertas, 1988).

Según Campos y Huertas (Campos & Huertas, 1988) son varios **los factores** que promovieron la reforma psiquiátrica de la Segunda República:

- Un **cambio generacional de médicos** que se acercaron al pensamiento de Ramón y Cajal y al de la escuela alemana, mirando la enfermedad desde un prisma científico.

Las becas aportadas por la Junta para Ampliación de Estudios en el extranjero fueron decisivas para aportar conocimientos internacionales al mundo médico español.

- En 1911, se funda en Cataluña la **Sociedad Española de Psiquiatría y Neurología** de Barcelona (primer presidente, Gálceran), siendo los objetivos de la sociedad: la modernización de la atención psiquiátrica, proveer la psiquiatría social y que el Estado se encargase del desarrollo de una red pública de manicomios.

- La experiencia de la **Mancomunidad de Cataluña** (1914-1924) que se encargó de dar un enfoque diferente a la atención del paciente con trastorno mental y por tanto una visión más humana a la sociedad. Se caracterizaba por disponer de tres niveles de asistencia: un *hospital mental* para las psicosis agudas, *asilos-colonias* para los alienados crónicos y *asilos especiales* para los atrasados, alienados difíciles, epilépticos. La Mancomunitat había adquirido una extensión de más de 30 hectáreas para un hospital mental en el que, según el inspector catalán, se modificarían los principios terapéuticos, se practicaría “encamamiento, psicoterapia y baños” y se suprimiría la coerción mecánica (Villasante, 2011).
- La **participación de los alienistas** en el proyecto de renovación política cultural y científica de España.
- Diversas **campañas sanitarias** contra las plagas sociales.

Nosotros añadimos la creación de los **Archivos de Neurobiología** en 1919, de la **Asociación Española de Neuropsiquiatría** (AEN) en 1924 (Lázaro, 2000) (presidente Saforcada) y la fundación de la **Liga de la Higiene Mental** en 1928 que agrupan a diversos profesionales y no profesionales con el objetivo común de impulsar cambios a nivel institucional, legal y asistencial (Campos Marín, 1997).

Es importante resaltar en este punto las ponencias del Primer Congreso de la AEN en 1926 (Pérez, 2006) donde reflejan: la necesidad urgente de reformar la legislación psiquiátrica y la asistencia regida por ella; la necesidad de regular y desarrollar la figura profesional del psiquiatra y; por último, la necesidad de cultivar el conocimiento psiquiátrico y de difundirlo tanto entre la población (con la ayuda de la Liga de Higiene Mental) como en el medio universitario (a través de la creación de cátedras de la especialidad) y en los encuentros de carácter internacional (mediante la participación en el Congreso de Washington, de ese mismo año) (Lázaro, 2000).

Proponían la creación de “servicios libres”, que se basaban en un diagnóstico prematuro y tratamiento precoz y ambulatorio o mediante una hospitalización breve en aras de evitar en los casos posibles un internamiento en el manicomio. Buscaban la atención psiquiátrica integral. Es importante mencionar aquí a los dispensarios psiquiátricos ya que representan el preámbulo de las UHD. Allí se hacía un trabajo preventivo de “higiene mental”. La enfermera iba al domicilio para establecer normas



higiénicas y comprobaba su cumplimiento (Huertas, 1995). En palabras de Lafora «organizar un servicio social de visitadoras a domicilio para investigar los datos sobre circunstancias ambientales, herencia, antecedentes personales de los enfermos psicópatas que consultan, como así también seguir después su curso y tratamiento y comprobar si atienden las indicaciones del médico psiquiatra e incitarles a repetir las consultas, si es preciso. Facilitar la vuelta al trabajo o la colocación de los psicópatas e interesar por ellos a sus familias”.

La dictadura de Primo de Rivera (1923-1930) anuló las posibilidades del nuevo modelo asistencial que comenzaba a surgir. Un ejemplo de ello fue el cese de actividad de la Mancocomunitat (Huertas, 1995). Así que no fue hasta la II República cuando se retomó el discurso sobre la nacionalización de la asistencia psiquiátrica (Campos & Huertas, 1988). Autores de la envergadura de Rodríguez Arias, reforzaron que para que se nacionalizaran los psiquiátricos privados era necesario constatar que los servicios estatales estaban mejor dotados que los subvencionados. Dado la falta de capacidad, la nacionalización no pudo llevarse a cabo (Campos & Huertas, 1988).

Los gobiernos republicanos apoyaron las inquietudes progresistas de los psiquiatras de la época y fue un momento histórico de difusión y sensibilización sobre los problemas de salud mental (Pérez, 2006).

Imagen de ello son:

- El Decreto del 3 de julio de 1931 en la se empieza a regular tanto la admisión como la salida de los enfermos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos. Había 3 posibilidades: una por propia voluntad, otra por indicación médica y la última por orden gubernativa o judicial dictándose normas precisas sobre cómo debía ser la actuación administrativa de los facultativos en cada caso (Campos & Huertas, 1988).
- El Decreto del 10 de noviembre de 1931 donde se crea el Consejo Superior Psiquiátrico. Su presidente fue Lafora.
- La Orden 27 de noviembre del 1931 donde se crea las Inspecciones para psiquiatras.

- La Orden del 28 de noviembre donde se crean las estadísticas de enfermos mentales.
- El Decreto del 17 de diciembre de 1932 que establece el Primer Patronato de Asistencia Social (Aparicio Basauri & Sánchez Gutiérrez, 1997).
- La creación de la primera Cátedra de Psiquiatría en Barcelona en 1933 (Lázaro, 2000).
- El Decreto de Ley del 3 de Julio del 1931 significó un cambio de concepto en el trato tanto jurídico como médico que debían recibir las personas afectas de un trastorno mental. Dada la imperfección en su forma y con el paso del control judicial al gubernamental con la dictadura, finalmente supuso una desventaja para los pacientes contrarios al régimen (Aparicio Basauri & Sánchez Gutiérrez, 1997).

Es una etapa de entendimiento entre la medicina y el derecho. El acercamiento entre ambas disciplinas permitirá cambios sustanciales.

En resumen, la Segunda República supuso un desarrollo institucional, intelectual, científico y académico.

En esta época se puede hablar de dos corrientes. Por un lado, la catalana, que estaba más centrada en la parte asistencial. Por otro lado, la madrileña que se caracterizaba más por la parte clínica, complementándose (Comelles, 1986) y posibilitando con su unión los cambios que se produjeron en la II República.

La llegada de la guerra civil y la instauración de la dictadura franquista provocó el exilio de muchos de los pensadores que habían promovido los cambios en la psiquiatría (Garrabe, 2002). Estos exiliados se convirtieron en referentes de la psiquiatría en otros países: Tosquelles que se instaló en Francia y fue padre de la psicoterapia institucional; Ajuriaguerra acabó en Suiza; Letemendia se refugió en Inglaterra y otros en diversos lugares y países que aportaron sus conocimientos y experiencias (Aparicio Basauri, 1988).

En España se erigieron psiquiatras próximos al régimen (Vallejo-Nájera, López-Ibor, Ramón Sarró) que intentaron construir una psiquiatría afín al pensamiento falangista (Campos & Novella, 2017) basada en la escuela clínico-neurológica madrileña.

El modelo de psiquiatría vigente durante el franquismo supuso el relegamiento de los manicomios y la hegemonía de una psiquiatría muy medicalizada, muy centrada en el diagnóstico y en tratamiento de enfermos individuales fuera de su contexto, y giraba en torno a la práctica privada o a las muy escasas clínicas universitarias (Comelles, 1986).

La actividad de la Liga de la Higiene Mental española desde su creación hasta la guerra civil fue muy intensa y productiva, pero con la llegada de la dictadura del General Franco sufrió un descenso muy importante (Santo-Domingo Carrasco, n.d.). Al igual que un cambio de uso, que paso de tener como objetivo la psicoeducación como trabajo preventivo a pasar a la educación moral y espiritual del pueblo en la década de los años 40 (Campos & Novella, 2017).

En los años 50, debido a los cambios que se estaban produciendo en Europa tanto a nivel político como social con la caída del fascismo, el discurso de la Liga de la Higiene Mental se tornó de nuevo más objetivo y científico, lo que le valió la inclusión, otra vez, en los medios internacionales (Campos & Novella, 2017).

En 1954 se crearon los Patronatos Provinciales de Higiene Mental (PANAP) en el seno del Ministerio de Gobernación. Asumieron todas las competencias relativas a la asistencia y a la higiene mental hasta 1974 cuando se produjo su disolución (Novella, 2019).

Fueron creadas siguiendo el modelo de los patronatos antituberculosos. Los objetivos que se atribuyeron fueron ostentosos y se le asignaron funciones en el ámbito del Estado para orientar y dirigir la modernización de la psiquiatría española junto a cometidos asistenciales (García-Gonzalez & Espino Granado, 1998). De ellos dependía la reestructuración de la asistencia ambulatoria, con la creación de equipos multidisciplinares y unidades psiquiátricas en hospitales generales. El objetivo era hacerse cargo de la rehabilitación y de técnicas psicoeducativas y socio terapéuticas y crear una red específica para los problemas de alcoholismo y las toxicomanías (Novella, 2019).

Debido a diferentes circunstancias como la escasa dotación de recursos, la oposición de ciertos sectores (algunas diputaciones, órdenes religiosas y entidades privadas) y la fragmentación en las competencias, no se pudieron cumplir los objetivos para

los que fueron creadas (Comelles, 1986; García-Gonzalez & Espino Granado, 1998; Novella, 2019). De hecho, la cifra de dispensarios que se creó no llegaba a la mitad de las provincias de España.

A pesar de todo, hay que reconocerles su papel en la formación, a través de diversos cursos y publicaciones (sobre todo en la última etapa).

En los años sesenta en España fueron una época de modernización e industrialización del país, con los cambios migratorios que ello conllevó. El abandono del campo para instalarse en las grandes ciudades implicó una serie de cambios de valores y un aumento en la morbilidad psiquiátrica. Se tradujo en que el número de camas en el estado pasó de 30.755 en 1956 hasta 42.751 en el año 1970. Originándose un crecimiento de las instituciones pertenecientes a las Órdenes Religiosas (Pérez, 2006).

La dotación económica que recibían las Ordenes dependían en parte de las diputaciones, pero era deficitaria por lo que se replantearon su funcionamiento centrándose en un mercado de mayor poder adquisitivo. Esto hizo que las diputaciones habilitaran un número creciente de camas en centros y hospitales psiquiátricos.

En estos años, se produjeron desarrollos importantes en materia de Seguridad Social. En concreto, se construyeron hospitales médico-quirúrgicos donde su filosofía era muy diferente a la que se venía aplicando hasta el momento. Estos centros se caracterizaban por ser hospitales de corte tecnocrático y de una gran calidad asistencial. Conllevó a un cambio en el perfil de médicos que iban en busca de un servicio altamente especializado y de excelencia. Surgió la figura de los médicos internos residentes (Comelles, 1986; García-Gonzalez & Espino Granado, 1998).

Ahora sí en psiquiatría significó el auge de los manicomios.

En el año 1972 a través del Decreto Ley se creó el Organismo Autónomo de Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) en el que quedaron integradas las funciones asistenciales del PANAP y de sus centros extrahospitalarios y establecimientos hospitalarios (García-Gonzalez & Espino Granado, 1998). Esta

situación se mantuvo hasta que en los 80 fueron transferidas a las distintas comunidades autónomas.

En la década de los 70 surgen los movimientos necesarios para realizar la reforma psiquiátrica con la llegada de la democracia.

La sociedad empezó a concienciarse de la situación de los manicomios gracias a la publicación de artículos y reportajes donde se denunciaban las situaciones que se vivían en los sanatorios y las condiciones en las que estaban tanto las instalaciones como los pacientes (Novella, 2019).

Hubo profesionales que se organizaron en la “coordinadora psiquiátrica” (González de Chávez, 2003) que a través de diferentes actos (como huelgas, protestas, encierros) denunciaron las condiciones laborales y la necesidad de cambiar el modo en que se estaba enfocando la salud mental (Huertas, 2019).

#### **4.4. EL SIGLO XX: EL INICIO DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN EUROPA**

La historia de la atención psiquiátrica en los territorios que posteriormente se convirtieron en la Unión Europea se podría clasificar en tres períodos (Knapp et al., 2007; Thornicroft & Tansella, 2014).

##### **4.4.1. PERIODO 1: EL AUGE DE LOS MANICOMIOS (1880 -1950)**

Se caracterizó por la construcción y ampliación de manicomios situados lejos de los lugares de origen de los pacientes y que ofrecían principalmente contención y custodia, así como la cobertura de las necesidades básicas para la supervivencia a personas con una amplia gama de problemas clínicos y sociales.

Significó un cambio importante ya que se partía de un trato vejatorio hacia los pacientes, como en Dinamarca donde encerraban a las personas con enfermedades mentales en jaulas de madera o eran encadenados en los establos junto a los animales (Knapp et al., 2007).

Se ubicaban en sitios lejanos porque se buscaba eliminar físicamente lo que se consideraba una amenaza para la seguridad pública y porque coincidía con lo que

se entendía sobre la higiene mental (para mejorar, había que estar en entornos rurales).

A nivel profesional significó, una separación del personal de psiquiatría del resto de la medicina y una pobre selección y formación de los trabajadores.

Desde una perspectiva asistencial esta etapa supuso el establecimiento de una red de manicomios de ámbito regional, cada uno de ellos con su propia área de influencia.

Estas instituciones psiquiátricas poseían cientos de miles de camas. Sin embargo, estos manicomios tendían a constituirse en pequeños mundos autocontenidos y los pacientes a menudo eran ingresados por órdenes judiciales o por mandato de los funcionarios sanitarios. Los pacientes que recibían el alta en los manicomios dependían de sus propias posibilidades y, como mucho, eran supervisados por los funcionarios regionales de sanidad.

En términos económicos esto requirió una inversión considerable en muchos países.

Antes de la Primera Guerra Mundial, hubo tres excepciones a los grandes manicomios:

- La primera fue la práctica del hospedaje. Es decir, la colocación de pacientes psiquiátricos hospitalizados en hogares particulares. Este sistema se promulgó por toda Europa a excepción de España, Portugal e Inglaterra. Hay que puntualizar que esta práctica ya se venía realizando en el siglo anterior en la ciudad de Bremen.
- La segunda excepción fueron las clínicas psiquiátricas urbanas propuestas inicialmente por el profesor Griesinger y que a final de siglo XIX estaban implantadas en diversas ciudades. Estas clínicas se encargaban fundamentalmente del tratamiento de los casos agudos y poseían menos de 100 camas. Su objetivo principal era la atención a pacientes en estancias cortas.

- La última excepción era la existencia de instituciones de carácter comunitario para la asistencia tras el alta, casi siempre dirigidas por organizaciones de beneficencia y fundaciones privadas. Estas instituciones no tenían carácter universal, pero se podían encontrar en ciudades grandes como París o Londres.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, el mejor ejemplo de atención psiquiátrica integrada tuvo lugar en el sector privado. Consistía en balnearios y sanatorios que eran utilizados por personas de clase media y alta (Shorter, 1990).

Estos recursos privados eran instituciones psiquiátricas integradas horizontal y verticalmente en la sociedad, pero sólo para las personas con recursos. Verticalmente en el sentido de que el mecanismo de remisión de los pacientes estaba perfectamente coordinado desde la especialidad de medicina de familia o la de psiquiatría de las ciudades grandes hasta el lugar de destino que era la especialidad en «hidroterapia» de los balnearios. También lo estaba el mecanismo de retorno. A medida que los pacientes recibían el alta en los balnearios, volvían a sus médicos habituales con informes del resultado obtenido (Knapp et al., 2007).

#### **4.4.2. PERIODO 2: LA DECADENCIA DEL MANICOMIO (1950-1980)**

##### **La decadencia del manicomio y nacimiento de los sistemas de salud mental**

La tendencia básica de los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial fue la inclusión gradual de la atención psiquiátrica en los planes de seguridad social sanitaria y en el estado del bienestar.

En lo relativo a los hospitales psiquiátricos, las décadas de 1950 y 1960 fueron épocas de gran crecimiento. Todos los países de la entonces Europa comunitaria, excepto Reino Unido e Irlanda, poseían en 1970 un elevado número de camas psiquiátricas en comparación con las de 1950.

Un paso importante es el que se produce en 1948, por parte del National Health Service (NHS) de Reino Unido que asumió la responsabilidad plena de los manicomios que hasta entonces habían estado dirigidos por las autoridades locales.

Más tarde, en 1959, se promulgó la ley “Mental Health Act” para iniciar la desinstitucionalización en Reino Unido, que hacía hincapié en la asistencia extrahospitalaria.

Otro ejemplo de los británicos fue El Hospital Plan for England and Wales elaborado por el Ministerio de Sanidad en 1961 que buscaba la reducción importante del número de camas en los manicomios con el aumento correspondiente en el número de plazas de psiquiatría en los hospitales generales, junto con la potenciación de los servicios hospitalarios de día y ambulatorios.

Pero dichos movimientos eran desiguales en Europa por las diferentes causas sociopolíticas de la época.

A mediados de la década de los 60 había cinco modelos de organización de los servicios locales de salud mental diferentes según Sylvian Furman (Knapp et al., 2007). Estos eran:

- Los que presentaban un modelo basado en el hospital psiquiátrico donde se procuraba la atención a los pacientes tras el alta y podía no estar relacionado con la comunidad. Los hospitales Graylingwell y Littlemore (Inglaterra) son ejemplo de ello, así como la mayor parte de los manicomios existentes en Italia hasta 1978.
- Los que presentaban una asociación entre el hospital psiquiátrico y la autoridad sanitaria extrahospitalaria: York (Inglaterra) fue un ejemplo.
- El departamento de psiquiatría de un hospital general poseía su propia área de captación: por ejemplo, el Glostrup State Hospital (Dinamarca), así como los servicios de psiquiatría de los hospitales generales de Hungría
- Atención psiquiátrica extrahospitalaria controlada por una autoridad de la sanidad pública: ejemplo de este tipo de asistencia fue Holanda, con los grandes servicios de salud pública de Amsterdam y Rotterdam, donde se integraban la asistencia en salud mental de la población local cubierta por la seguridad social nacional. La hospitalización era básicamente voluntaria y la llevaban a cabo organizaciones de carácter religioso, cuya financiación estaba dictada por la normativa acerca de los indigentes de las distintas corporaciones municipales.



- Sistemas transicionales, desde los grandes hospitales psiquiátricos hasta la atención de tipo comunitario centrada en los hospitales generales: Suecia adoptó este modelo durante las décadas de 1960 y 1970, con financiación de los manicomios grandes y con el inicio de la sectorización.

El resumen de este periodo es que la transferencia de pacientes de larga estancia de los hospitales psiquiátricos se basa en cambios sociológicos, farmacológicos, administrativos y jurídicos que tienen lugar alrededor de Europa tras la Segunda Guerra Mundial. Ocurre coincidiendo con el surgimiento de la psicología clínica, la terapia ocupacional como disciplina, con los avances a nivel de farmacoterapia. Hay que recordar que en 1952 es cuando surge la clorpromazina que fue seguida de diferentes antidepresivos y antipsicóticos. Esto hace que se pueda dar un trato diferente y comienza a disminuir el número de camas en hospitales psiquiátricos y de forma paralela la construcción de centros ocupacionales y de rehabilitación, y la modernización del marco jurídico y normativo (Thornicroft & Tansella, 2014).

#### **4.4.3. PERÍODO 3. EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA DESDE 1980**

Este periodo significó que los manicomios fueran reemplazados por dispositivos de menor tamaño. El número de camas se redujo. Además, se empezó a reconocer la importancia del rol de la familia para los cuidados y como grupo de presión social.

Hay un aumento de la inversión privada en el tratamiento y la atención. Mientras que el sector público se orienta hacia la variable coste-efectividad y la contención de los costes, aumenta el personal destinado a la atención comunitaria y el énfasis puesto en el trabajo del equipo multidisciplinar. Aparece la psiquiatría basada en la evidencia y la preocupación por el equilibrio entre el control de los pacientes y su independencia.

Se construyen centros comunitarios de salud mental y se inician las evaluaciones de las necesidades a nivel de población familia-individuo. Nacen los equipos de tratamiento en el hogar, se avanza tanto en tratamientos psicofarmacológicos como psicosociales integrados, se produce una modernización de la legislación sobre salud mental en algunos países. Se da una mayor y mejor atención por parte de los medios de comunicación.

## **5. PSIQUIATRÍA COMUNITARIA**

### **5.1. ORIGEN Y DEFINICIONES**

El origen de la psiquiatría comunitaria fue un proceso complejo y progresivo, que surge tras la Segunda Guerra Mundial fruto de la suma de acontecimientos y cambios a nivel social, económicos y políticos (Desviat, 2004).

El modelo de salud mental comunitaria se centra en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación, recuperación y el mantenimiento de la salud mental abarcando a todos los niveles de intervención que pueda necesitar el usuario que estén dentro de la comunidad. De hecho, se pone la comunidad al servicio del paciente.

Es en 1953 cuando la Organización Mundial de la Salud publica un informe titulado el “hospital mental comunitario” donde exponía que lo prioritario es la intervención en la comunidad proponiendo hospitales donde no sólo se realizan ingresos hospitalarios, sino que también se desarrollan servicios ambulatorios que actúan en la comunidad.

Su origen se podría datar en 1957 en Gran Bretaña, consolidándose en 1959 con la publicación Mental Health Act, donde hay un cambio de concepto sobre el seguimiento que debe hacerse a las personas que padecen una enfermedad mental.

Al mismo tiempo, en EE. UU se promovieron cambios en la gestión de la sanidad y la atención social con Kennedy en la presidencia.

La administración de John Kennedy presentó en 1963 la Community Mental Health Centers Act (Ley de Salud Mental de la Comunidad) en la Cámara de Representantes que proponía la creación a escala nacional de “servicios para la prevención o diagnóstico de la enfermedad mental, para la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y para la rehabilitación de esas personas” (Desviat & Moreno, 2012b).

Caplan definió en 1966 los niveles de prevención en salud mental, acercando a la psiquiatría a la salud pública, entendiendo estos conceptos como un boceto de la comunitaria.

A lo largo de los años ha habido diversas definiciones sobre el significado de psiquiatría comunitaria, aquí expondremos las tomadas por los autores Thornicroft y Tansella, referentes a nivel mundial en psiquiatría comunitaria, en su libro de la Mejora de la Atención en salud mental (Thornicroft & Tansella, 2014).

Según G. F Rehin y F. Martin definen en 1963 la atención comunitaria como cualquier programa dirigido a proveer la atención y tratamiento fuera de la institución, a facilitar la identificación temprana de la enfermedad mental o de la recaída como su tratamiento de manera sencilla y sin protocolos y a suministrar algún servicio de trabajo social para facilitar el seguimiento y el apoyo en la comunidad.

En 1966 M. Sabshin la caracteriza como una visión de las técnicas, métodos y teorías de la psiquiatría social, así como de las otras ciencias del comportamiento para investigar y responder a las necesidades de la enfermedad mental de una población definida geográfica y funcionalmente durante un período significativo de tiempo y la retroalimentación de información para modificar el cuerpo central de las ciencias de la salud mental y otras ciencias o cuerpos de conocimiento del comportamiento.

Freudenberg explica en 1967 que la comunidad psiquiátrica asume que la gente con trastornos de salud mental puede ser ayudada más efectivamente cuando se mantienen los lazos con la familia, con los amigos, con los compañeros de trabajo y con la sociedad en general e intenta suministrar servicios preventivos de tratamiento, de rehabilitación para un distrito, lo que significa que las medidas terapéuticas van más allá del paciente individual.

Serban apunta en 1977 que la psiquiatría comunitaria tiene tres aspectos. El primero es el movimiento social. El segundo conlleva una estrategia de presentación del servicio enfatizando la accesibilidad de los servicios y la aceptación de responsabilidad sobre las necesidades de salud mental de la población en su conjunto. En tercer lugar, consiste en proporcionar la mejor atención clínica posible poniendo énfasis en los trastornos de salud mental de mayor calado y el tratamiento fuera de las instituciones.

Bennett sostiene en 1978 que la psiquiatría comunitaria no se encarga únicamente de las necesidades de salud mental de los pacientes individuales sino también de la población del distrito. No solamente de aquellos a quienes se les ha denominado

enfermos sino también de aquellos que podrían estar contribuyendo a la enfermedad y aquí su salud y bienestar pueden también estar en riesgo.

En palabras de Tansella en 1986, es un sistema de atención destinada a una población determinada basada en un servicio de salud mental integrado e integral que incluye dispositivos ambulatorios, centros de formación y hospitales generales y que asegura por medio del trabajo de un equipo multidisciplinar un diagnóstico temprano, un tratamiento rápido, una continuidad de cuidados, apoyo social y un enlace estrecho con otros servicios médicos y sociales en especial con los médicos de cabecera.

G. Strathdee y Thornicroft en 1997 hablan de la red de servicios que ofrece un tratamiento continuado, alojamiento, ocupación y apoyo social. Al mismo tiempo ayuda a las personas con problemas de salud mental a retomar sus roles sociales normales.

En 1999, los autores precisan que un servicio de salud mental comunitario es aquel que suministra un abanico completo de cuidados efectivos de salud mental a una determinada población. Se dedica a tratar y ayudar a la gente con trastornos mentales en proporción a su nivel de sufrimiento y malestar en colaboración con otras agencias locales.

De todas las definiciones encontradas sobre psiquiatría comunitaria, la que nos parece más clara es la realizada por Hernán San Martín y Vicente Pastor en su libro donde explican que “salud comunitaria” es cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes, reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades. Participando activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través de los programas locales de salud. Es en realidad un programa de salud pública (San Martín & Pastor, 1988).

## 5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA.

Cuando nos referimos a la psiquiatría comunitaria, hablamos de trabajo en red. El objetivo de dicho trabajo es evitar el ingreso en hospitales psiquiátricos para abordar las deficiencias y fortalezas del paciente en su comunidad. Para ello habrá que crear una red de servicios tanto a nivel sanitario como social que trabajen en plena coordinación.

Las **características** que engloban un servicio de atención comunitario son las siguientes: (Thornicroft et al., 2010, 2016):

- Detecta las necesidades dentro de la población de una comunidad determinada.
- Realiza una búsqueda activa de casos susceptibles de recibir ayuda en la comunidad.
- Promueve la participación comunitaria en la toma de decisiones, tanto en la planificación como en la provisión de sistemas de atención de salud mental.
- Contextualiza a los pacientes de forma socioeconómica.
- Tiene una visión sistémica de la prestación del servicio.
- Fortalece la autoayuda y el empoderamiento de los individuos y familias en el servicio.
- Provee de acceso abierto a servicios de características multidisciplinarios.
- El tratamiento inicial se da en atención primaria.
- Desarrolla prevención individual y poblacional.
- Tratamientos de características longitudinales.
- Creación de diferentes redes con los diferentes dispositivos de la sociedad (ONG, órdenes religiosas...).
- Compromiso firme con la sociedad, promoviendo políticas de intervención en las poblaciones más desfavorecidas.

Un pilar fundamental de este tipo de intervenciones es que los usuarios tengan un acceso sencillo a los recursos. Que sean los recursos con sus profesionales lo que se pongan a disposición tanto del paciente como de sus familias para poder realizar de forma conjunta y consensuada un plan terapéutico.

Según Thornicroft y colaboradores para que se dé con éxito una intervención de características comunitarias, es necesario la implicación de la comunidad en dicho proceso, así como el cambio de mirada hacia el paciente con trastorno mental, viéndolo como una persona con capacidad de autodeterminación y derechos propios. Permitiéndose dar tratamiento a las personas en su contexto, pudiendo de esta manera continuar con sus vínculos afectivos. Es esencial mantener las relaciones con la familia y amigos, no romper con el trabajo ni con la vida en la comunidad (con sus vecinos). También es importante cambiar el concepto que tiene parte de la sociedad sobre la enfermedad mental (Thornicroft et al., 2010).

En definitiva, es un proceso que reconoce y apoya las fortalezas de las personas, potenciándolas para una mejor recuperación e integración, deja de centrarse en el individuo para visualizar a la comunidad intentando introducir cambios en sus instituciones (colegios, empresas, asociaciones ciudadanas, y en la comunidad misma), con el objetivo de intentar modificar los factores que predisponen a la enfermedad, prevenirlos y promocionar la salud (Desviat & Moreno, 2012b).

## **6. REFORMA PSIQUIÁTRICA A NIVEL INTERNACIONAL**

Como hemos expuesto con anterioridad la historia de la salud mental comunitaria es la historia de los procesos de reforma psiquiátrica. Unos procesos que se inician tras la Segunda Guerra Mundial, influenciados por la naciente salud pública, la creación de dispensarios, la política de puertas abiertas de algunos hospitales psiquiátricos de Francia y el Reino Unido y, sobre todo, por el movimiento profesional y ciudadano que dio lugar a la Liga de Higiene Mental en las primeras décadas del siglo XX (Desviat & Moreno, 2012a).

Durante los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial se favoreció el resurgimiento ideológico del igualitarismo, la democracia y la lucha contra las actitudes autoritarias, surge el capitalismo democrático y un socialismo incipiente que introducen elementos nuevos en la sociedad y en los servicios sociales y sanitarios que permiten la ruptura con el paradigma de la atención psiquiátrica instaurado en el siglo XIX.

El cambio en el concepto se produjo gracias a los cambios sociales que estaban teniendo lugar debido a una mayor conciencia y denuncia de la asistencia asilar (Desviat & Moreno, 2012a).

En 1945 surge la Organización de Naciones Unidas (ONU) con el objetivo de mantener la paz y la seguridad internacional (Paesa, 1998), dando paso a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948 donde se explicitó “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Ese mismo año nace la OMS quien defiende que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En la década de los 50, la OMS inició una serie de publicaciones sobre la asistencia psiquiátrica, creando en 1953 la Sección de Higiene Mental. Publican “The Community Mental Hospital”, en ella exponen una serie de recomendaciones que deben cumplir los hospitales psiquiátricos tales como que deben evitar la masificación, presentar espacios abiertos de diálogo entre los terapeutas y los pacientes y estar cerca de una zona de servicios. Fue un cambio de visión, ya que las décadas previas se promovía que estuviesen alejados. Con situarlos cerca de

una zona de servicios, se hacía un guiño, a la introducción de la enfermedad mental en la comunidad.

A pesar de los avances que se iban produciendo tanto en el campo de la psiquiatría, psicología, sociología, los hospitales psiquiátricos seguían estando masificados y propiciando el aislamiento social.

Fueron diversos los autores que critican dicha situación en sendos estudios (Mantilla & Alonso, 2012) como se muestra a continuación.

Los estudios Stanton y Schwartz (Calvache, 1989) fueron llevados a cabo en un hospital psiquiátrico privado de Estados Unidos en la década de los años cuarenta. Se trata de un análisis funcional de la institución, que describe seis tipos de funciones distintas (la protección del público, la atención material de los enfermos, las tareas educativas, las tareas de investigación, la ganancia y el tratamiento psiquiátrico) y cómo éstas a su vez entran en conflicto en determinadas situaciones. Stanton y Schwartz acuñan el término del “conflicto triangular” y cómo actuando sobre él de forma precoz, se podría mejorar las relaciones y disminuir las alteraciones de la conducta en los usuarios.

Caudill en su libro “El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica” describe en 1966 el hospital psiquiátrico como un sistema social cerrado, comparándolo a una pequeña sociedad.

Analiza la naturaleza de las relaciones grupales e intergrupales que se desarrollan en una institución de esta naturaleza y pone de relieve los conflictos que pueden suscitarse por la interacción de los distintos niveles de actividad grupal que se verifican en un hospital psiquiátrico: los pacientes, el personal administrativo, el personal médico.

Para esta investigación, Caudill pasó varios meses en un pequeño hospital psiquiátrico, en el que se hizo pasar por paciente. Analizó de primera mano como las diferentes interacciones y conflictos pueden influenciar en los diferentes tratamientos.

Goffman es uno de los primeros sociólogos que examina las experiencias de los pacientes en un hospital psiquiátrico, desarrollando un exhaustivo análisis del



funcionamiento de las “instituciones totales” como él las denomina en el prólogo de su libro “Internados”. Destaca que son un lugar de residencia y trabajo con un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo que comparten durante su encierro una rutina diaria administrada formalmente (Goffman, 2008).

Las instituciones totales absorben parte del tiempo y del interés de los individuos que están en ellas y les proveen de un mundo propio, haciendo cada vez más difícil su interacción con el mundo externo y socavando los recursos de los usuarios de estas.

Para realizar este estudio decidió en 1955 estar un año en el Hospital St. Elizabeth (situado en Washington con más de 7000 camas) con el objetivo de poder aprender algo sobre el mundo subjetivo de los pacientes (Lozano Maneiro, 2003). De esta experiencia surge su libro, que fue recibido de manera desigual entre psiquiatras y sociólogos, rechazado por algunos como la conocida socióloga Margaret Mead y aceptados por otros como Bateson (Lozano Maneiro, 2003).

En 1973, David Rosenhan publicó un artículo llamado «Estar sano en lugares insanos», en él analiza la experiencia de la internación y realiza una crítica al sistema psiquiátrico en cuanto a sus valoraciones diagnósticas como a los tratamientos aplicados.

El estudio consta de dos partes: la primera consiste en un experimento de campo en el que un grupo de personas que fingen ser pacientes asisten al hospital psiquiátrico y son internadas por los psiquiatras que los evalúan. La segunda parte se realizó en un servicio en que el staff es advertido que va a recibir falsos pacientes, y pese a la advertencia, el staff confunde los falsos pacientes con los “verdaderos” pacientes psiquiátricos.

Rosenhan, sin desconocer la existencia del sufrimiento psicológico, muestra las dificultades subyacentes en la realización de diagnósticos confiables en materia de salud mental. Apoyándose en los resultados de su estudio, afirma que una vez que una persona recibe un diagnóstico psiquiátrico todas sus acciones son analizadas, sin excepción, por sus síntomas.

Los acontecimientos que se estaban generando a nivel político, social e institucional van a ir preparando el camino para el desarrollo de diversos procesos de transformación de las estructuras psiquiátricas y el establecimiento de una concepción comunitaria en la atención al enfermo mental.

A pesar de los distintos matices diferenciales, en todos estos movimientos subyace un denominador común que consiste en la búsqueda de alternativas asistenciales a una organización de base manicomial.

Los procesos y características de las reformas van a depender de los sistemas sanitarios donde se implanten, junto con el papel dado al hospital psiquiátrico.

No será lo mismo su desarrollo en el marco de un sistema sanitario que da una cobertura pública universal (estado del bienestar) como es el caso de Europa o Canadá que en un Estado donde su sanidad se centra en el sistema privado (estado neoliberal) como es el ejemplo de EE. UU (Desviat, 2004, 2011).

El papel dado al hospital psiquiátrico es diferente según países; por un lado, los países francófonos, o dentro del estado español Cataluña y Euskadi, defienden su mantenimiento y por otro lado países como Reino Unido, EE. UU, Italia, España, Brasil entre otros consideran necesario su cierre y completa sustitución por alternativas comunitarias.

En 1978, la OMS celebra en Alma-Ata la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud donde se reafirma que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, que las personas tienen el derecho y el deber de participación individual en la planificación e implantación de su atención sanitaria y los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones (OMS, 1978).

Significó a nivel mundial un cambio en la política sanitaria del tratamiento de la salud mental.

La OMS promueve los siguientes principios: participación comunitaria en los servicios de salud mental; desinstitucionalización y atención comunitaria, y accesibilidad e integración en la atención primaria (Knapp et al., 2007).

En resumen, se podría decir que la Ley Kennedy de 1965 fue junto con otras circunstancias (como el descontento con el régimen hospitalo-céntrico que había regido la asistencia de los enfermos mentales, junto con la posibilidad, a partir de 1950, de tratar a los pacientes psicóticos graves fuera del hospital con tratamientos farmacológicos eficaces y el movimiento social conocido como «contracultura» que estaba teniendo lugar simultáneamente en USA y en Europa) el punto de partida de las reformas (Salvador-Carulla & y otros, 2002).

## **6.1. PRINCIPIOS BÁSICOS QUE RIGEN LA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Aunque las diferentes reformas psiquiátricas que se han realizado a lo largo del mundo no se han ejecutado de la misma manera sí que guardan todas ellas unos **principios básicos** que pasamos a citar (Gisbert, 2002):

- Crítica al modelo de hospital psiquiátrico de tipo manicomial, analizando el modo de su cierre o reconversión.
- Necesidad de realizar la desinstitutionalización de los pacientes crónicos internados buscando su inclusión en la comunidad.
- Centrar la atención del paciente en la comunidad.
- Reconocimiento de los factores psicosociales y sociales que interfiere en el proceso de enfermar, en su curso y evolución incluyendo a la comunidad en el proceso terapéutico de los pacientes.
- La hospitalización debe ser un complemento de los recursos y no el eje central del tratamiento.
- Incorporación del modelo bio-psico-social para entender los trastornos mentales.
- Incluir los conceptos de salud pública y por tanto la territorialización de los recursos para un mayor acceso por parte de los usuarios.
- Dar una atención integral y coordinada a través de la generación de recursos de continuidad de cuidados.

## **6.2. REFORMA PSIQUIÁTRICA EN EE. UU.**

Los primeros coletazos en América, estuvieron de la mano de C.Beers, con la creación de la Liga de la Higiene Mental, que ya era un cambio en el concepto del trato que debían recibir los pacientes, pero no se materializa hasta pasada la Segunda Guerra Mundial, y sobre todo con el plan de salud mental presentado por el presidente Kennedy al Congreso, el 5 de febrero de 1963, la Community Mental Health Centers Act donde se proponía la creación a escala nacional de servicios para la prevención o diagnóstico de la enfermedad mental, para la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y la rehabilitación de esas personas. Supuso la creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria y un proceso radical de desinstitucionalización.

Tres eran los objetivos iniciales de este proceso: que los pacientes saliesen de los hospitales psiquiátricos, reducir los nuevos ingresos en dichos dispositivos, y la creación de servicios en la comunidad tales como los centros de salud mental, hospitales de día.

Los centros de salud mental comunitarios se fundamentan en dar a los usuarios una atención continuada de acceso fácil y gratuito, solventar las urgencias y las hospitalizaciones que se pudiesen presentar. También entraban dentro de su cometido ofrecer programas de prevención en las estructuras médico-sociales.

A medida que se producía la salida de los pacientes a la comunidad, se fueron viendo las nuevas problemáticas que surgían y como se podrían ir subsanando (Bachrach, 1978), es decir, había una población de paciente de características crónicas que había que ayudarlos a integrarse en la comunidad (Weinstein & Cohen, 1984), por lo que se van desarrollando dispositivos en esta línea, que serán expuestas más adelante (Bachrach, 1993).

Una de las críticas que se le realiza al proceso de desinstitucionalización en EE.UU, es que el cierre de los manicomios, no fue acompañado de la creación de los suficientes recursos asistenciales para atender a la población y a sus familias (Lamb, 2000) y el país sufrió a partir de la década de los 70 una progresiva reducción de los fondos federales que conllevó a la privatización y por tanto al abandono a su

suerte de muchos enfermos mentales, muchos de los cuales viven en la actualidad en la calle (Baxter & Hopper, 1982).

### **6.3. REFORMA PSIQUIATRICA EN EUROPA**

La filosofía acerca de las reformas psiquiátricas en los países europeos se ha basado implícita o explícitamente en algunos principios básicos de la psiquiatría comunitaria que han incorporado. Los **principios** son:

- El proceso de desinstitutionalización y de clausura de los antiguos hospitales psiquiátricos.
- El desarrollo de servicios y programas comunitarios alternativos.
- La integración de otros servicios sanitarios.
- La integración de los servicios sociales y comunitarios (Becker & Vázquez-Barquero, 2001).

Entre los estados miembros de la Unión Europea hay diferencias en los niveles de implementación de las bases de la psiquiatría comunitaria.

Este apartado analiza las reformas psiquiátricas más representativas a nivel europeo que han sido las de Italia e Inglaterra, dejando para el final la reforma psiquiátrica que se produce en nuestro país.

### **6.4. REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ITALIA**

Italia fue el único país industrial que logró suprimir totalmente el internamiento en los hospitales psiquiátricos gracias a su reforma (Rotelli et al., 1987). El cierre fue progresivo hasta que en el año 2000 ya no quedaba ninguno abierto (D'Avanzo et al., 2003).

Entre 1950 y 1970 las regiones afrontaron con diferencias la modernización industrial, entrando a formar parte de los países del capitalismo. Con ello también se produjo un aumento en la asistencia de los manicomios, pero no así de la dotación económica por lo que quedaron relegados a una situación de precariedad (de Salvia, 1986).

En los años 60 empezaron a salir voces críticas con la situación de los manicomios. Surgió un movimiento social formado por profesionales de SM como Basaglia, estudiantes, feministas y obreros. Entre todos constituyeron un buen caldo de cultivo para que se produjese el proceso de reforma psiquiátrica en Italia.

El fundamento de la reforma psiquiátrica italiana, a diferencia del americano, no se basaba en objetivos económicos sino en objetivos sociales. Es decir, querían combatir contra el abandono que estaban recibiendo los pacientes en los psiquiátricos y crear estructuras alternativas para poder aliviar el sufrimiento psíquico.

Basaglia ha sido uno de los referentes de la reforma en Italia. Su teoría se basa en que las transformaciones de las instituciones se producen desde las propias instituciones, es decir, reconvertir los espacios de los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas.

Basaglia cambió el rumbo del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, afectado por cómo era la vida de los usuarios. Basaglia se rodeó de un equipo de profesionales que estaban dispuestos a cambiar el rumbo de la psiquiatría italiana y aplicando los conocimientos que había adquirido en su estancia en la comunidad terapéutica de Maxwell Jones convirtió a Gorizia en el referente del movimiento antiinstitucional (Poste & Quétei, 2000).

En 1973 se creó el movimiento “Psiquiatría Democrática” donde se agruparon diferentes profesionales de la salud mental que realizaron una lucha antiinstitucional, siguiendo la línea de Basaglia en Gorizia.

Defendieron una sociedad diversificada e igualitaria, rica en solidaridad y en defensa de los principios de justicia y libertad sin los cuales no hay terapia. Una sociedad donde la locura, en su dimensión humana, permanezca en la relación y en la realidad de la existencia colectiva (Attenasio, 2012).

Fueron también diversas leyes italianas las que ayudaron a que este proceso tuviera lugar. Ejemplo de ello fue la Ley 431, que introdujo el ingreso voluntario y allanó el terreno a la Ley 180 de 1978 que marcó la reforma.

La Ley 180 es la única ley nacional que prohíbe totalmente los hospitales psiquiátricos (Evaristo, 2011).

En ella se explicita que se debe producir el cierre gradual de los hospitales psiquiátricos, prohibiendo nuevos ingresos y la construcción de nuevos hospitales. A partir de ese momento se produjo la apertura de Centros de Salud Mental Comunitarios, que se convierten en el eje del tratamiento. Si los pacientes no tienen la oportunidad de ingresar en los C.S.M, se les remitirá a las camas de los hospitales generales, sin exceder de 15. Con los otros sectores de la medicina se crea un sistema de coordinación dentro del Sistema Nacional de Salud. Los tratamientos deben ser como norma voluntarios. Los obligatorios serán excepcionales, deben contar con garantías específicas -firmas de dos médicos (por lo menos uno psiquiatra público), ratificación del alcalde como representante de los ciudadanos y control formal del juez- y por tiempo breve -7 días, renovables con las mismas garantías-. Además, debe producirse la transferencia gradual de los recursos del hospital (trabajadores, dinero...) a los servicios comunitarios (Evaristo, 2011; Piccinelli et al., 2002).

La década de los 80 estuvo marcada en Italia por la crisis del estado de bienestar que se tradujo en una política de restricción del gasto público. Afectó directamente a la reforma psiquiátrica ya que se dejaron de financiar aquellas iniciativas que suponían un aumento del gasto sanitario (Moreno-Küstner, 2002).

Como ha ocurrido en otros países, la instauración fue desigual, quedando al descubierto deficiencias en el trato a los pacientes con TMG como refiere Crepet en un estudio publicado en 1990, donde explica que, aunque se hayan aumentado los recursos estos en ocasiones no son de calidad (Crepet, 1990).

## **6.5. REFORMA PSIQUIÁTRICA EN INGLATERRA**

Para poder comprender la reforma psiquiátrica en Inglaterra, hay que tener en cuenta el papel que tuvo el país en la Segunda Guerra Mundial. La intervención de Inglaterra en la guerra conllevó muchas pérdidas de población activa.

Hay dos hechos fundamentales que se deben mencionar. Primero, la creación de las comunidades terapéuticas en 1943 por Bion y Richman, y el asentamiento de estas por parte de Maxwell Jones a partir del 1946. Segundo, los cambios en el sistema de salud inglés que tuvieron lugar tras la “Mental Health Act” de 1959. Es decir, la transformación del sistema británico donde desempeñaron un papel importante expertos en epidemiología psiquiátrica y en planificación de servicios (Salvador-Carulla & y otros, 2002).

Con las comunidades terapéuticas lo que se promovió fue el diálogo entre terapeutas y pacientes. Disminuyó así el poder de las estructuras jerárquicas. Maxwell enfocó el tratamiento del paciente de una manera longitudinal, cambió el modo de funcionar del hospital. Mejoró la comunicación libre entre médicos, enfermeras y pacientes y fomentó en todo momento la integración del paciente en la sociedad.

Dado que el país había sufrido muchas pérdidas, necesitaban incorporar al mundo laboral a personas que antes no lo estaban, por lo que tomó fuerza la “terapia ocupacional” que H. Simon había comenzado a usar en los años 20 y se introdujeron a los pacientes en el mundo laboral (Early, 1960).

Tras la “Mental Health Act” la norma de actuación era que los pacientes psiquiátricos debían ser tratados igual que el resto por lo que el Ministerio de Sanidad fomentó la creación de recursos extrahospitalarios y unidades de psiquiatría en los hospitales generales. El objetivo era que los pacientes que saliesen de los hospitales tuviesen la cobertura necesaria para llevar la vida en la comunidad.

Han sido varios los estudios realizados para analizar la situación de los pacientes tras el cierre manicomial. El más representativo en esta línea es el proyecto TAPS (Leff & Trieman, 2000) y los que se basan en el análisis del modo de implantar los nuevos recursos que han nacido para dar acogida a los pacientes en la comunidad,



así como su efectividad (Bauer et al., 2016; Cornelis et al., 2018; Jacobs & Barrenho, 2011; Lloyd-Evans et al., 2016; Marshall et al., 2001).

## **6.6. REFORMA PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA**

### **6.6.1. PROTO REFORMA**

Como hemos expuesto en el apartado del S.XX en España, a partir de la década de los 70 empezaron a darse diversos acontecimientos que fueron el caldo de cultivo para la posterior reforma de 1985.

Era un momento de profundas transformaciones sociales, políticas, económicas y sanitarias en el país.

España estaba inmersa en el tardofranquismo. En dicho contexto se formó lo que se llamaría la “Coordinadora de psiquiatría” una red de profesionales del ámbito de la salud mental entre los que había psiquiatras y otros profesionales que tenían una visión democrática y progresista con un objetivo común, que era cambiar la situación de la psiquiatría en España. Se trataba de las primeras generaciones de médicos internos residentes, que presentaban una formación cualificada y de experiencia en otros países (Comelles, 1986; González de Chávez, 2003; Huertas, 2019).

A lo largo de los últimos años del franquismo se reunían de forma clandestina para poder compartir y debatir sobre la situación de la psiquiatría en España. A través de sus reuniones ponían en común primero como estaba la situación y cuales eran los cambios que se estaban intentando implantar. Pero en muchas ocasiones se encontraban con las reacciones represivas de los defensores técnicos o políticos de la psiquiatría asilar (González de Chávez, 2003).

En los últimos años del franquismo se salió del aislamiento internacional y económico y esto llevó a una mejora de las condiciones económicas y sociales en el país, y sobre todo a un mayor intercambio con otros países y por tanto una mayor influencia democrática del exterior. Ejemplo de ello es que los psiquiatras aprendieron de los procesos renovadores que estaban ocurriendo alrededor del mundo (García-Gonzalez & Espino Granado, 1998).

La referencia teórica de estos profesionales estaba dominada por las aportaciones antipsiquiátricas, el movimiento de psiquiatría democrática italiana, el sector francés, los centros de salud mental comunitarios estadounidenses y las comunidades terapéuticas inglesas (Aparicio Basauri, 1988; Pérez, 2006).

Ellos fueron los nuevos integrantes de la AEN que le devolvieron el espíritu reformador que había tenido antes de la Guerra Civil (Huertas, 2019).

En 1978 la Comisión de Asistencia de la AEN redactó una serie de puntos que consideraban imprescindibles para el proceso de reforma y representaron el boceto de lo que posteriormente sería el Informe de la Comisión Ministerial.

Los **puntos** más relevantes fueron (Retolaza et al., 2006):

- Formación de comisiones de planificación en cada región o nacionalidad (aún no existían las comunidades autónomas).
- Evaluación de los recursos en cada zona y establecimiento de un orden de prioridades.
- Creación de equipos con un territorio existencial definido que se responsabilizarán de todas las fases del tratamiento de los pacientes en su sector.
- Evaluación epidemiológica de los recursos sanitarios y sociales de cada sector por parte de cada equipo responsable antes de su configuración definitiva.
- Separación de especialidades de Neurología y Psiquiatría.
- Dedicación exclusiva para todo el personal del sector.
- Condiciones mínimas de personal y presupuestos que garanticen la continuidad de los equipos asistenciales.
- Restitución de la totalidad de sus derechos a los enfermos mentales especialmente a los internados en recintos asilares.
- Creación de estructuras intermedias.
- Negativa de la creación de centros especiales para enfermos peligrosos alcohólicos y toxicómanos.
- Financiaciones a cargo de presupuestos generales como en el resto de la sanidad.

Hasta la década de 1980, el sistema de salud en España se articulaba en torno a dos ejes principales. Por un lado, el "Seguro Nacional de Salud Obligatorio", que incluía los servicios de salud a nivel nacional que cubrían a la mayoría de la población. Por otro lado, los servicios de salud dependientes de otras instituciones, principalmente autoridades locales. Los dos sistemas no estaban coordinados de ninguna manera y la responsabilidad de la salud estaba dividida entre varios departamentos ministeriales o instituciones privadas (Vázquez-Barquero et al., 2001; Vázquez-Barquero & García, 1999). En cuanto a los recursos había una gran variedad como: hospitales psiquiátricos, consultas de neuropsiquiatría, consultas externas en los hospitales generales, ambulatorios... pero que tampoco realizaban un trabajo coordinado (Pérez, 2006).

Una de las peticiones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica es la cooperación entre instituciones para llevar a cabo una atención coordinada entre ellas en beneficio del trato que recibirán los pacientes (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985).

En esta década se aprueban los Estatutos de Autonomía que reconocen amplias competencias en materia de salud y de salud mental, y se transfieren los servicios de las corporaciones locales y de AINSA a expensas de completar los recursos de sus servicios de salud con los del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) (García-Gonzalez & Espino Granado, 1998). Dicho instituto se creó en 1978 y se disolvió en 2002.

### **6.6.2. REFORMA**

La Reforma Psiquiátrica Española se produjo en la transición democrática por lo que no sólo implicaba cambios sociopolíticos y administrativos, como había ocurrido en las diferentes reformas europeas, sino que además se produjeron cambios en la estructura de sus servicios de salud (Vázquez-Barquero & García, 1999).

En las diferentes comunidades autónomas se produjo la elaboración de los planes de salud mental donde se especificaron cómo iba a ser el desarrollo de los servicios sanitarios y sociales. Se crearon los Institutos de Salud Mental con el objetivo de incitar y gestionar los procesos de la reforma.

Se puede datar el inicio de la reforma psiquiátrica en España en 1983, cuando el gobierno español creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Pérez, 2006; Vázquez-Barquero et al., 2001). Dicha comisión se creó con el fin de realizar los estudios pertinentes para proponer los principios básicos que configurarían la asistencia psiquiátrica de los españoles en sus modalidades preventiva, curativa y rehabilitadora (Espino, 2002).

En 1985 se publicó el Informe de la Comisión Ministerial donde se fijaron los postulados para la reforma psiquiátrica. El documento significó una disertación acerca de cómo se encontraba la situación psiquiátrica en España. Estaba discriminada con respecto a las otras especialidades y desde la OMS se recomendó realizar cambios en los sistemas sanitarios para establecer medidas alternativas al sistema psiquiátrico tradicional.

La Comisión Ministerial establece que la asistencia psiquiátrica debe estar integrada en el sistema general de protección de la salud y potencia una gestión descentralizada. Esto significaría que la atención sería más eficiente y eficaz (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985).

Los principios y objetivos de la reforma se centraban, por un lado, como hemos dicho, en la integración, descentralización y el desarrollo de un sistema integrado que potenciaba acciones de protección de la salud mental y atención psiquiátrica dentro del entorno social propio del usuario (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985).

Entre los **objetivos** que debía contemplar la reforma psiquiátrica se encontraban:

- Potenciación de las acciones de protección de la salud mental y atención psiquiátrica dentro del entorno social propio del usuario, situación que la UHD cumple ya que el ingreso del paciente se produce en el domicilio.
- Reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces. Como veremos más adelante, uno de los objetivos de este estudio es comprobar si la UHD reduce tanto las hospitalizaciones en la planta de agudos como la estancia media en las mismas.
- Desarrollar programas de rehabilitación para enfermos mentales y establecer unas condiciones sociosanitarias mínimas para el mismo en todos los casos.
- Garantizar los derechos civiles del paciente frente a las actuaciones sanitarias que puedan llevar consigo una limitación de su libertad. El ingreso en el domicilio es mejor aceptado por los pacientes ya que lo viven de manera menos coercitiva.

La comisión expuso 37 **principios** y muchos son en los que se fundamenta el dispositivo de la UHD. Profundicemos en algunos:

- Principio VII: son las comunidades autónomas las que deben asumir la responsabilidad directa en las acciones de protección de la salud mental. De hecho, en la Comunidad Valenciana sí que se menciona en sus planes estratégicos la atención domiciliaria, aunque dada la envergadura del proyecto pensamos que debía estar estipulado en los planes nacionales de salud mental. Hecho que de momento no se ha producido.
- Principio VIII: la ordenación de la atención en salud mental debe garantizar la disponibilidad de servicios para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria de la población. Todo ellos son aportados por la UHD.
- Principio XIII: donde defienden que los recursos deben llegar de forma eficaz a la población en riesgo. La UHD es un modo de acercamiento de ciertos pacientes a la atención psiquiátrica. Nos referimos a pacientes que no acuden a los Centro de Salud Mental por diversos motivos, pero no presentan criterios para un ingreso de características involuntarias, pero sí que se beneficiarían

de un apoyo, la UHD puede ser vista como una vía de acceso (Hoult & Cotton, 2008).

- Principio XIV: los equipos de atención en salud mental actuarán de soporte y apoyo a los equipos básicos de salud, cubriendo funciones de apoyo, asesoramiento y supervisión, así como asistenciales y de promoción, prevención e investigación (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985). Anticipamos que uno de los objetivos de la UHD es actuar de apoyo a primaria (Aguilar et al., 2012; Megías del Rosal et al., 2004).
- Principio XVI: a nivel de área de salud, todos los recursos psiquiátricos de salud mental, públicos y concertados, deben constituir una unidad integrada, la UHD, es una de las ramas de los Centro de Salud Mental.
- Principio XVII: la hospitalización es un instrumento técnico que hay que integrar dentro del proceso terapéutico. La UHD es un ingreso de características hospitalarias, pero en el domicilio.
- Principio XVIII: la atención se realizará preferentemente fuera del ámbito hospitalario. Uno de los objetivos de la UHD es dar un mayor nivel de contención al paciente en crisis sin tener que recurrir a la hospitalización tradicional.
- Principio XIX: donde remarca que la hospitalización debe aportar un mayor beneficio terapéutico que cualquier intervención realizada en su entorno familiar y social. La UHD mantiene al paciente en su domicilio y por tanto en su entorno sociofamiliar.

El Gobierno central contribuyó al proceso de la reforma psiquiátrica con dos tipos básicos de acción:

Por un lado, con acciones de carácter normativo y administrativo (Aparicio Basauri & Sánchez Gutiérrez, 1997; Vázquez-Barquero & García, 1999). Ejemplos de ello son:

- La reforma del Código Civil en materia de tutela (Ley 13/1983 de reforma del Código Civil, en lo relativo al tratamiento e internamiento de los enfermos psíquicos) equipara a los usuarios de servicios de salud. Si se realiza alguna actividad en contra del sujeto, ésta debe ser tutelada por la autoridad judicial (García-Gonzalez & Espino Granado, 1998).
- Real Decreto de 1984 sobre las Estructuras básicas de salud.
- Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.
- Ley General de Sanidad de 1986, en su artículo 20 sobre Salud Mental.
- Creación de una Comisión para el seguimiento de la Reforma Psiquiátrica (1987).
- Informe sobre la problemática jurídico-asistencial del enfermo mental.
- Real Decreto de 1995 (RD63/1995) sobre la ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional que abarca específicamente derechos y prestaciones en materia de Salud Mental.

Por otro lado, en acciones destinadas a crear servicios de salud en aquellas regiones todavía gobernadas por la administración central.

En la reforma española no se partía de cero ya que en los otros países a nivel internacional ya se había producido este movimiento. Se conocían los errores y dificultades de las reformas primigenias, en especial los problemas de atender la nueva cronicidad surgida con la desinstitucionalización y la necesidad de nuevas técnicas para afrontarla (Desviat, 2011).

### **6.6.3. CONSOLIDACIÓN DE LA REFORMA.**

Con la Ley General de Sanidad en 1986 se crearon las áreas de salud. Éstas dan cobertura a una población que se sitúa entre 200.000 y 250.000 habitantes. Los servicios de psiquiatría estaban integrados en dichas áreas (Vázquez-Barquero & García, 1999).

Con la reforma psiquiátrica se comenzó la desinstitucionalización de los pacientes lo que conllevó a un aumento en el número de camas hospitalarias en los hospitales generales con una reducción en las camas de los hospitales psiquiátricos. En cifras en 1978 había 41.261 camas con una ratio de 1.14 por 100.000, y en 1995 eran 14.989 con una ratio de 0.38 por 100.000 (Vázquez-Barquero & García, 1999). Se mantuvieron las camas en los hospitales psiquiátricos para tratamiento agudo (Vázquez-Barquero & García, 1999).

Se crearon los centros de salud mental y los recursos intermedios para dar servicio a los pacientes con patología mental, que serán abordados en el apartado siguiente.

### **6.6.4. ANÁLISIS POST REFORMA.**

En general la crítica más común a los procesos de desinstitucionalización es que se produjo una reducción importante de las camas en los hospitales psiquiátricos y esto no fue acompañado con la dotación de recursos útiles, lo que produjo una situación de desamparo para los pacientes y sus familias (Archer & Gruenberg, 1982; García-Gonzalez, 1998).

Encontrar alojamientos alternativos a una hospitalización prolongada es en ocasiones complicado. Se genera una situación de sobrecarga tanto para las familias (García-Gonzalez, 1998) como para el sistema, que se traduce en ocasiones en la prolongación del ingreso en las unidades de corta estancia o ingresando en recursos diferentes del circuito de salud mental (Vázquez-Bourgon et al., 2012).

Al inicio de la reforma se centraron en la creación de los centros de salud comunitarios al igual que camas en los hospitales generales, pero hubo una deficiencia en el despliegue de recursos rehabilitadores como denuncia en el año 1991 el defensor del pueblo.



Múltiples son los artículos que analizan la situación posterior de la reforma (Desviat, 2004, 2010, 2011; Espino, 2002; Fernández Liria, 1997; Retolaza et al., 2006; Salvador-Carulla & y otros, 2002). Reflejan que es lo que se consiguió y el camino que queda por recorrer porque nuestra Reforma tiene en común con el resto que tras el auge inicial y debido a los cambios políticos de diversa índole que se han ido produciendo se ha producido un estancamiento en el soporte institucional que requieren los pacientes con TMG.

A nuestro criterio, además, se da que los recursos comunitarios se han centrado en la parte de rehabilitación, olvidando que existen posibilidades terapéuticas en la comunidad para el paciente que está en crisis.

Además, dado el sistema de comunidades autónomas y la financiación a nivel estatal, la Reforma se ha producido de forma desigual en las comunidades del territorio nacional, traducéndose en una implantación desigual de recursos (Bobes et al., 2012).

En resumen, la Reforma significó el desarrollo de una nueva estructura organizativa para la atención de la salud mental, la creación de una extensa red comunitaria de centros de salud mental y la opción por la población de actitudes más positivas hacia la enfermedad mental, a nivel gubernamental la aprobación de leyes destinadas a mejorar los derechos civiles de estos pacientes (Vázquez-Barquero et al., 2001; Vázquez-Barquero & García, 1999).

## **7. RECURSOS ALTERNATIVOS A LA DESINSTITUCIONALIZACION.**

Las bases de la reforma psiquiátrica sugerían un cambio de modelo asistencial ya que había quedado constatado que la reclusión asilar estaba fundamentada en una visión del paciente como ser peligroso que debía ser apartado de la sociedad y no como un problema de salud al que había que encontrar solución (López-Álvarez, 1998). Además, la reclusión no solo no ayudaba a su mejoría si no qué podría significar una nueva fuente de patología cómo describe Barton en su libro “Neurosis Institucional”. Allí la define como una enfermedad caracterizada por la apatía, la falta de iniciativa, la pérdida de interés y la sumisión que presentaban los residentes de este tipo de instituciones (Barton, 1976).

Dentro de las políticas de desinstitucionalización había dos corrientes: las más conservadoras en las que defienden un cierre no total de dichas instituciones (EE. UU.) y otras más progresistas que buscan el cierre total con la implantación de una buena red de servicios comunitarios. Si bien es verdad que las diferentes políticas que se dan en estas circunstancias dependen del país donde se produzcan y sus políticas económicas en torno a la sanidad.

Con la desinstitucionalización surge la necesidad de crear dispositivos para tratar en la comunidad a los pacientes con TMG. Además, los diferentes procesos de reforma, lo que han mostrado es la necesidad de creación de recursos distintos dada la amplitud de variables que se deben tener en cuenta en los pacientes con patología mental (momento evolutivo, discapacidad generada, tipo de patología, recursos previos...) (del Rio & Carmona, 2012; Gisbert, 2002) y esto ha generado la implantación de recursos a lo largo de estas décadas.

Dichos dispositivos los vamos a dividir entre los que tienen una función rehabilitadora donde nos centraremos en los originarios como: Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) o los Case Management (Gestión de Caso) y los que realizan una función de contención y resolución de crisis (Intensive Home Treatment/Crisis resolution Team,) y las salas de agudos para finalizar por los que dan un seguimiento intermedio.

En la figura 4 se esquematiza a los diferentes recursos.

**Figura 4**

*Dispositivos de la red comunitaria*



## **7.1. CENTRO DE SALUD MENTAL**

Son la columna vertebral de la atención del paciente con algún tipo de patología mental, en la mayoría de las veces la puerta de entrada a SM y el dispositivo encargado del tratamiento longitudinal del paciente.

Se crearon con la idea de hacer un giro en el enfoque que se le daba a la patología mental situando a la comunidad en el centro del tratamiento y al centro de salud mental en el epicentro de este (Malone et al., 2007).

Uno de sus objetivos principales es el acercamiento de la salud mental a la población y la desestigmatización de la misma. También es responsable de organizar y ensamblar el tratamiento para los trastornos mentales tanto graves como menores.

Está formado por un equipo multidisciplinar donde trabajan de forma coordinada psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Las actividades que se realizan en los CSM están orientadas a la promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria de las personas afectadas por enfermedades mentales.

Al ser el eje central debe haber una coordinación estrecha entre los diferentes dispositivos con los que el paciente tiene trato y así como con atención primaria para acercar la salud mental a la sociedad.

## **7.2. PROGRAMAS DE REHABILITACION PSICOSOCIAL**

La rehabilitación psicosocial es un ingrediente clave en la eficacia de los procesos de desinstitucionalización, recuperación e inclusión social de las personas que padecen TMG y discapacitante (Hernández, 2017).

Es un conjunto de estrategias para afrontar las dificultades para el desempeño de la vida diaria de las personas que padecen problemas persistentes de salud mental, de suficiente gravedad como para limitar el desarrollo de su vida diaria y de sus objetivos personales, y que pone en práctica muy diversas técnicas para ello (desde técnicas específicas de desarrollo de habilidades sociales o de estimulación cognitiva, o de

psicoeducación familiar, por ejemplo, hasta otras menos específicas y/o de amplio espectro como el acompañamiento terapéutico, o el seguimiento comunitario), además de realizarse desde unos valores como son los clásicos principios de autonomía, normalización, responsabilización; o las más recientemente reconocidos como los derivados de la perspectiva de la recuperación (del Rio & Carmona, 2012).

Entre los **principios** que definen la filosofía de Atención en Rehabilitación están:

- Se basa en la aplicación de los derechos humanos.
- Se debe promover y fomentar la implicación por parte del usuario de forma responsable en sus propias vidas.
- Maximizar la autonomía.
- Se fundamenta en la individualización.
- Evitar la medicalización -psiquiatrización del sufrimiento humano.
- Presentar expectativas positivas.

En una revisión de Pearson y colaboradores (Pearson et al., 2015) afirman que si se permite elegir el lugar donde realizar la intervención esta tendrá mejores resultados. De ahí, la importancia de que el paciente participe de la ejecución de su plan de tratamiento.

Una de las dificultades por los que suele pasar los recursos de rehabilitación, es que están en medio de las capacidades de sanidad y asuntos sociales (Hernández, 2017).

Dado la complejidad de los casos y la amplitud de situaciones surgió lo que se conoce como Continuidad de Cuidados.

Una de las definiciones más esclarecedores es la de Mariano Hernández. Usa el término “seguimiento comunitario” para describir las intervenciones que consisten en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social (Alonso Suárez et al., 2004).

### **7.2.1. TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (TAC)**

Surge en la década de los setenta en EE. UU. de la mano de Stein (Stein & Test, 1980) para dar cabida a los pacientes crónicos que habían salido de las instituciones y debían vivir en la comunidad. Para facilitar los procesos de recuperación personal, social, familiar y laboral en la sociedad del bienestar. Los objetivos de los TAC son mantener a las personas con TMG en contacto con los servicios asistenciales, mejorando la evolución, su calidad de vida y sobre todo su funcionamiento social, reduciendo las hospitalizaciones.

Stein y su equipo publica un artículo en 1980 "Alternative to Mental Health Treatment" (Stein & Test, 1980) donde analiza a un grupo de pacientes que había sido sometido al nuevo programa rehabilitador, con un grupo control, que seguían el tratamiento convencional (hospitalización breve más tratamiento ambulatorio). El estudio comprobó que si se usaba el TAC a lo largo de los 14 meses se conseguía una reducción en las hospitalizaciones.

El programa surge cuando se dieron cuenta de que los pacientes no reingresaban por su patología si no por las dificultades que presentaban en el manejo de su día a día.

Stein menciona en su estudio otros tres en los cuales se comienzan a hacer visitas a domicilio y hacer intervenciones de corte sistémico.

De los tres estudios que menciona Stein remarcamos el de Pasamanick y colaboradores (Pasamanick et al., 1967). Su proyecto consistía en que una enfermera acudía al domicilio del paciente, bien para dar el tratamiento psicofarmacológico y/o a realizar terapia de apoyo, asemejándose al papel que ejerce la enfermera de la UHD.

A largo del estudio, se explica cuales son las características del programa y que tipo de intervenciones se realizaba.

El equipo estaba formado por profesionales cualificados que pertenecían al hospital y que habían sido preparados para poder dar dicha cobertura de forma correcta. El programa funciona las 24 horas del día los 7 días de la semana para pacientes con trastorno mental grave. Las intervenciones se realizan tanto en el domicilio como en

el vecindario, en los trabajos, en los comercios. En resumen, en la comunidad. El objetivo es ayudar a los pacientes a que puedan mantener su vida dentro de la comunidad, evitando así los reingresos. Para ello el equipo trabaja con los usuarios dándoles herramientas para conseguir: la alimentación, acudir a los cuidados, el aseo personal, poder manejarse con el dinero y los transportes. Trabajan para que tengan relaciones más saludables con su entorno. Enfatizan en la importancia de trabajar con la comunidad para darles a ellos también técnicas para un mejor manejo de las situaciones.

Antes de comenzar en el programa se realiza un estudio individualizado del paciente analizando cuáles son sus déficits y sus capacidades y en qué áreas de su vida necesita ser reforzado. Se trabaja con las fortalezas de los pacientes, se les ayuda en el proceso de recuperación, respetando tiempos, necesidades, y debilidades.

Si bien los resultados exponen que se puede reducir los reingresos en los pacientes que en los que se aplica el recurso, en cuanto abandonan el dispositivo, los reingresos aumentan (Fiander et al., 2003; Killaspy, 2007). De ahí que este recurso se caracteriza porque se aplica en tiempo ilimitado. Es decir, se trata de un tratamiento longitudinal. Esta es una de las diferencias con la UHD.

Dichos programas se extendieron por EE. UU. y Europa.

En las dos décadas posteriores, se llevaron a cabo diversos estudios que evaluaron la efectividad del modelo TAC frente a la atención tradicional, o frente a otros modelos de atención comunitaria, que, aunque comparten los objetivos del TAC, se diferencian de éste en los métodos y recursos utilizados. Los resultados de estos estudios mostraron que el TAC era efectivo a la hora de mantener el contacto con los pacientes, y en reducir los ingresos hospitalarios y su duración. Además, se encontró que el TAC producía mejoras significativas frente a la atención tradicional en resultados referidos a acceso a la vivienda, empleo, y satisfacción con el programa. Estos estudios se realizaron entre la población americana (Sood & Owen, 2014), ya que cuando se acometieron en Reino Unido, los resultados no fueron tan favorables como menciona Helen Killaspy en 2007 (Killaspy, 2007).

Sin embargo, en una revisión realizada por Perestelo (Perestelo Pérez et al., 2010) en el año 2006 y colaboradores para el Ministerio de Ciencia e Investigación, no

existe una evidencia sólida sobre la ventaja del modelo sobre las tasas y duración de las hospitalizaciones, aunque si es superior en el mantenimiento del contacto con el paciente y la satisfacción del usuario. Pero remarcan que la ausencia de diferencia puede ser debida a los cambios que se han introducido en el modelo original y a la complejidad de los procesos de rehabilitación.

Hay estudios posteriores que defienden su efectividad en cuanto a la reducción de estancias hospitalarias en Reino Unido (Ziguras & Stuart, 2000). Al igual que en otros países europeos como Alemania, que a través del modelo ACCESS, que se basa en el TAC, también dan cuenta de la efectividad en la reducción de los ingresos (Schöttle et al., 2014, 2019).

En España, surgieron en Avilés en los años 90 y luego se extendieron a parte del territorio nacional.

Los equipos de TAC son multidisciplinarios. Todos los integrantes del equipo (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y monitores) participan del trabajo con el paciente y comparten la responsabilidad sobre él. Tratan de aportar todos los cuidados psiquiátricos y sociales que el paciente requiera y se incluyen a los que no cooperan o rechazan el tratamiento.



Las **características** del programa (López-Gómez, 2006) son:

- La principal es que son “asertivos”. Procuran implicar activamente al usuario en su tratamiento motivándolo en todo momento.
- Son un equipo multidisciplinar en el cual están incluidos profesionales sanitarios y sociales.
- Es un servicio integral donde se abordan aspectos tales como control de medicación, conciencia enfermedad, empleo, ocio, actividades de la vida diaria, relaciones sociales.
- Trabajo en equipo donde todos están implicados.
- La ratio usuario profesional suele ser bajo 10/1 o 1/20 si los pacientes se encuentran estables.
- El tratamiento es “in vivo” es decir se realiza en la comunidad o bien en el domicilio del paciente o en cualquier otro dispositivo.
- Promueven la adherencia al tratamiento farmacológico, así como un consumo responsable.
- Trabajo de las habilidades y actividades para la vida diaria necesarias para vivir en comunidad tales como el aseo, vestido, transporte y la compra.
- Acceso rápido: ofrece rápidamente una respuesta a las necesidades de los usuarios, disponibilidad amplia 24 horas al día 7 días a la semana y el contacto es frecuente y flexible.
- Se hacen planes individuales de tratamiento donde se evalúa tanto las capacidades necesidades y virtudes.
- No hay una fecha predeterminada para finalización en el recurso.
- Se trabaja con las familias tanto a nivel psicoeducativo como en terapia de apoyo.
- Se brinda asesoría laboral ayudando a encontrar y mantener los trabajos

Hay que hacer una mención especial al modelo de Avilés (Martínez Jambrina & Peñuelas Carnicero, 2007) que fue pionero en España a finales de la década de los 90. Fue el modelo que ayudó a incluir este tipo de recurso en el Plan Estratégico de SM del año 2007 a nivel nacional.

Es un programa asistencial de características rehabilitadoras que atiende a pacientes con TMG, pero no se incluyen a pacientes que padezcan trastorno mental orgánico, trastorno de la personalidad o retraso mental. La edad de los pacientes estará entre los 15 años y los 70 años.

Para su ingreso se tiene en cuenta la situación social (apoyos y sobrecarga familiar) y el nivel de uso de los recursos, siendo prioritarios aquellos que presenten hospitalizaciones prolongadas o varios reingresos.

La vía de entrada para acceder al dispositivo es el CSM. El TAC se concibe como engranaje entre los CSM y el resto de los dispositivos por lo que tiene la capacidad de poder derivarlos a ellos.

Los pacientes están un mínimo de 5 años, si tras el primer año no se están obteniendo beneficios, se procederá a traspasarlo al CSM.

Si a los 5 años el paciente está estabilizado, se inicia un año de desenganche, que consistirá en una sola visita al mes. Si no hay crisis ni recaídas, volverá al CSM, pero reconocen que la mayoría necesitan un tratamiento indefinido.

El equipo consta de 2 psiquiatras, 5 enfermeros, 3 auxiliares de psiquiatría y un trabajador social.

Se prestan servicio de lunes a viernes de 8 a 15 horas, las urgencias son atendidas por el equipo de guardia. Esta es una de las diferencias con el modelo original que atiende las 24 horas del día los 7 días de la semana.

Cada paciente tiene un responsable principal que es su tutor y un segundo responsable. Todos los miembros del equipo menos el psiquiatra realiza las funciones de tutor.

El tutor tiene un máximo de 15 pacientes.

Las visitas se suelen hacer por el equipo de enfermería, yendo el psiquiatra a la visita de evaluación y cuando es necesario para intervención en crisis.

### 7.2.1.1. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON LA UHD

Las **similitudes y diferencias** que se dan entre la UHD y TAC son:

Ambos dispositivos tratan a pacientes con TMG siendo el lugar del tratamiento el domicilio. El horario de cobertura es de 8-15 horas en ambos recursos, lo que les diferencia de los modelos originales que dan servicio las 24 horas del día los 7 días de la semana.

Las diferencias son que los TAC están concebidos como dispositivos rehabilitadores y su atención es longitudinal. Las UHD están concebidas para dar contención en momentos de crisis, es un enfoque transversal.

La ratio personal/paciente es 1/15 en el caso de TAC y 1/6 en caso de la UHD. El trabajador social está dentro del equipo de la TAC, pero en la UHD es compartido con otros dispositivos.

En la UHD las visitas al domicilio se intentan que sean conjuntas y en el TAC es la enfermera, salvo en la evaluación y en crisis que acude también el psiquiatra. Ambas son de acceso rápido y visitas frecuentes adaptadas al estado del paciente.

Ambos forman parte del engranaje de red comunitaria mientras que la TAC es un puente entre los CSM y otros recursos de la red. La UHD sirve de apoyo a los CSM.

Ambos atienden a pacientes con TMG pero en momentos diferentes.

### **7.2.2. CASE MANAGEMENT (GESTIÓN DE CASOS)**

Con el desarrollo de los servicios de salud mental a nivel comunitario en EE.UU. se produjo la llegada de pacientes con trastornos más leves a la red (Turner & TenHoor, 1978). La multiplicidad de recursos complicó su acceso a pacientes con trastorno mental grave (Bachrach, 1978; Bravo Ortiz et al., 2006).

Se creó los Programas de Apoyo Comunitario (CSP) para dar solución a esta situación (Fernández Liria & García Rojo, 1990). Su función se basaba en mejorar la coordinación de los servicios de salud mental en la comunidad que serían el boceto de los posteriores Gestión de Casos. Plantean la necesidad de promover y organizar en el ámbito local una red coordinada de servicios, recursos, programas y personas para ayudar a las personas con TMG al acceso a los recursos que requieran y al desarrollo de sus potencialidades evitando que sean necesariamente aislados o excluidos de la comunidad (Gisbert, 2002).

El objetivo de estos programas es garantizar la continuidad de cuidados y ayudar a los pacientes con trastorno mental grave a utilizar de forma eficiente los recursos que le brinda la red de servicios comunitarios (Alonso Suárez et al., 2004).

En su forma original se define como un sistema de coordinación de servicios e intervenciones en la comunidad (a menudo no sólo sanitarias, sino sociales). Cada paciente es asignado a un gestor (case manager) de quien se espera que se encargue de evaluar las necesidades del usuario, desarrollar un plan de tratamiento, disponer los medios para una adecuada asistencia, monitorizar la calidad de la asistencia y mantener contacto con el usuario (González Rodríguez, 2011a).

A lo largo de estos años han surgido múltiples recursos dentro de la gestión de casos, entre los cuales hay diferencias considerables. Diversos autores han realizado la clasificación según diferentes criterios (Alonso Suárez et al., 2004).

Todos los programas se fundamentan (González Rodríguez, 2011b) en que debe haber un clima administrativo y social que los ampare. Tienen que ser accesibles, integrales, proporcionar un diseño individualizado y flexible. Es necesaria una profunda coordinación para que todo el enjambre funcione. Una continuidad por parte del terapeuta para que pueda crearse un vínculo estable y seguro entre el paciente

y el gestor, participación del usuario y verlo dentro de su cultura (contextualizar la patología mental).

Thornicroft (Thornicroft, 1991) en su artículo refleja la amplia variedad que se puede dar en este tipo de servicios ya que los define sobre un amplio abanico de variables.

Mueser (Mueser et al., 1998) realiza una clasificación más simple reduciéndolo hasta seis, nosotros definiremos cinco ya que, dentro de las clasificaciones de la gestión de casos, suelen contabilizar a los TAC. A nosotros nos parece más didáctico no ponerlos en estas clasificaciones ya que ambos dispositivos guardan diferencias.

Según Mueser nos encontramos ante:

- **Modelo de agencia de servicios (broker case management)**

De características similares al original, el gestor del caso no es necesario que tenga formación clínica, pero se comprobó que era una limitación importante ya que, en ciertos momentos, hay que hacer intervenciones terapéuticas.

- **Modelo clínico (clinical case management)**

Nacen para resolver la dificultad que se encontraban con el modelo original. En este modelo el gestor del caso ya tiene formación clínica y por tanto se pueden ampliar la cartera de servicios que presenta. Se realizan intervenciones de corte psicoeducativo, intervención en crisis y los contactos son regulares, aunque de frecuencia baja.

- **Modelo intensivo (intensive case management)**

Con el anterior modelo las intervenciones eran de frecuencia baja, por lo que se reduce la ratio del gestor/paciente para poder aumentar las visitas que se realizan, dando mayor servicio de prestación. Va cogiendo fuerza que las visitas se produzcan fuera del despacho y tengan lugar en el hábitat del usuario.

- **Modelo de competencias (strengths model)**

Con este modelo se da un cambio de paradigma ya que dejan de centrarse en los déficits de los pacientes para valorar cuáles son sus competencias, habilidades y a partir de ahí comenzar el proceso rehabilitador. El papel de la comunidad cambia radicalmente dejando de ser visto como un obstáculo para la integración de los pacientes convirtiéndose en un vehículo para la misma.

- **Modelo rehabilitador**

Al igual que el anterior modelo se centra en las capacidades y fortalezas de los pacientes. Focalizando el método en las necesidades que el propio paciente plantea en el sistema.

Los programas de gestión de casos comparten objetivos con el TAC pero también, presentan diferencias (Alonso Suárez et al., 2004; Gisbert, 2002; González Rodríguez, 2011a). En la gestión de caso normalmente cada paciente es asignado a un coordinador de cuidados que es responsable del seguimiento y en los TAC es todo el equipo el responsable; la ratio paciente-profesional suele superar 30:1, en la gestión de casos y en los TAC la ratio habitual es de 10/1, un mayor porcentaje de las intervenciones se realiza en el despacho, y la cobertura 24 horas generalmente se coordina con el servicio de urgencias del hospital en los gestión de casos mientras que en los TAC las intervenciones son en la calle y en el modelo original la intervención es de 24 horas.

Si en el caso del TAC en España debíamos hablar del modelo Avilés, con respecto a la gestión de casos hay que hacer referencia al Hospital de Leganés que lleva implantando estos programas desde que se inició el proceso de reforma del antiguo Hospital Psiquiátrico (Alonso Suárez et al., 2004). Tras su implantación ha ido creciendo su uso en todo el país, pero como ocurre en otros lugares con diferencias.

En cuanto a la efectividad del recurso, la opinión está dividida, entre los que defienden que su efectividad está demostrada y consigue reducir los ingresos como Thornicroft (Thornicroft et al., 1998) o Ziguras et al (Ziguras & Stuart, 2000) y los que refieren que no son tratamientos efectivos y aumentan el gasto sanitario como Marshall (Marshall et al., 1998).

#### **7.2.2.1. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON LA UHD.**

Ambas conceptualizan al paciente desde las capacidades que presentan y lo incluyen en el plan del tratamiento. Si bien la gestión de casos es un recurso centrado en la rehabilitación y la UHD en el tratamiento agudo. La frecuencia de visitas es más intensa en la UHD que en la gestión de casos. El lugar del contacto en gestión de casos es en el despacho y en la UHD en el domicilio. El seguimiento en gestión de

casos es longitudinal y en la UHD transversal. La UHD se centra en la parte más médica y la gestión de casos en la parte social. Ambos trabajan con la comunidad.

### **7.3. TRATAMIENTO INTERMEDIO**

#### **7.3.1. HOSPITAL DE DÍA**

Nacen en la Unión Soviética en 1930 ante la falta de camas y la necesidad de dar cobertura a los pacientes. Van instalándose alrededor del mundo e instaurándose poco a poco: en 1946 en Québec, en los años cincuenta en EE.UU, en los sesenta en Reino Unido y en los setenta en Alemania y Países Bajos.

Uno de sus objetivos es la reducción de estancias hospitalarias (Marshall et al., 2001).

Existe una gran diversidad en los usos y objetivos de los hospitales de día. Algunos funcionan como alternativa a la atención hospitalaria aguda y otros para la rehabilitación y el apoyo de pacientes con necesidades crónicas o en el tratamiento de trastornos neuróticos o de personalidad específicos. Sin embargo, las funciones de los hospitales de día son de características inclusivas (Briscoe & Priebe, 2004).

Son un espacio alternativo y/o de transición entre la hospitalización total y los CSM, para la estabilización de los pacientes en crisis, prevención de recaídas ó problemas de diagnóstico específico, realizando, asimismo, una labor docente e investigadora en el ámbito de su competencia, según la definición del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Como objetivo primordial se marca una mejora en la calidad de vida de los pacientes. Para ello se trabajará sobre la reducción y/o asimilación de la sintomatología, prevención y reducción de recaídas y un funcionamiento más saludable en torno a la familia y la sociedad (Mas & García, 2012).

Dan cobertura a pacientes con TMG entre los que se incluyen trastornos afectivos, trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad grave que presenten sintomatología activa, pero con un nivel de ajuste adecuado que le permite beneficiarse del trabajo terapéutico y sin un riesgo autolítico inminente.

Dado la complejidad de los pacientes y de las interacciones que se han analizado entre diferentes grupos diagnósticos se han ido creando hospitales de día monográficos para dar un tratamiento más especializado.

El tratamiento se fundamenta por un lado en el propio trabajo terapéutico a nivel individual y grupal teniendo en cuenta entre otros aspectos las diferentes dinámicas que surgen a lo largo del ingreso y que son reflejo de las dificultades que tienen los pacientes en el exterior.

El equipo es multidisciplinar. Está conformado por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajador social y terapeuta ocupacional.

Una de las características primordiales de los hospitales de día es la continua supervisión por parte del propio equipo para trabajar las dinámicas grupales que se dan en el dispositivo.

Lo más habitual es que presten servicio desde las 8 a.m hasta las 17.00 p.m de lunes a viernes, aunque hay descrito hospitales de día que dan cobertura en horario de tarde o de fin de semana.

Se ha comprobado su efectividad con respecto la hospitalización tradicional (Wiersma et al., 1995), aunque cuando se hayan estudios comparativos con otros dispositivos que atienden a los pacientes en la comunidad dicha efectividad disminuye (Marshall et al., 2001).



#### **7.3.1.1. COMPARACIÓN CON LA UHD**

En cuanto a las semejanzas con la UHD, ambos sistemas de hospitalización tratan a los pacientes con patología aguda dentro de la comunidad. Entre sus objetivos terapéuticos están la resolución de la sintomatología y realizar un trabajo preventivo, pero los métodos difieren ya que el hospital de día se centra sobre todo en la terapia grupal y el encuadre es el hospital y no el domicilio.

El horario de atención es diferente ya que los pacientes están ingresados en el hospital de día durante gran parte del día, pero los pacientes de UHD son atendidos en horario de oficina.

En cuanto al equipo hay diferencias sustanciales ya que el equipo de la UHD lo forman fundamentalmente el psiquiatra y enfermero siendo el equipo del hospital de día más amplio.

Ambos hacen de puente entre la sala de agudos y el centro de salud mental y un trabajo de coordinación entre todos los dispositivos que intervienen con el paciente.

#### **7.3.2. CASAS DE CRISIS**

Surgen como alternativa para aquellos pacientes que necesitan un apoyo integral y continuado durante un momento de crisis, pero viven solos o no tienen el apoyo social o familiar necesario para llevar a cabo una hospitalización domiciliaria o es necesario poner distancia emocional y por tanto física con el ambiente (Davies et al., 1994).

Dan cobertura aquellos pacientes que requieren un tratamiento en un momento agudo, a los pacientes que han pasado un episodio agudo en el hospital, pero todavía no están totalmente estables para volver al entorno de donde provenían y para aquellos que requieran un periodo de rehabilitación en la comunidad, lo que serían catalogados como el grupo de larga estancia.

## **7.4. ACUTE MENTAL HEALTH CARE**

### **7.4.1. ORÍGENES**

En España el recurso que da cobertura al paciente agudo con un pensamiento comunitario es la UHD, nace dentro de las UHD generales, pero con la filosofía de los “acute mental health care”. Dentro de este término se habla indistintamente de IHT y CRT

Brimblecombe lo define como aquellos recursos que dan servicio más allá de las horas de oficina. Aportan una evaluación y seguimiento rápido para aquellos pacientes que presenten una crisis que requeriría un ingreso en sala de agudos donde el seguimiento se realiza en el domicilio cuando esto sea posible.

Estos modelos se desarrollan con el objetivo de ofrecer un tratamiento comunitario en uno de los momentos más frágiles de la mente humana como es una crisis. Intentan que se den las condiciones óptimas para rebajar dicho sufrimiento y prevenir el deterioro que se puede producir (Weisman, 1989). Al igual que dar alivio a las familias (Thomas & Weisman, 1970).

Ya en el S.XIX, Connolly, un psiquiatra, que trabajaba en el Hospital de Barnhill Glasgow (Brimblecombe, 2001; S Johnson & Thornicroft, 2008), cuestionaba la utilización de medidas coercitivas y defendía que cierto patrón de pacientes podría ser atendido en el domicilio, mejorando su evolución y descongestionando los asilos que estaban por encima de su nivel de ocupación (S Johnson & Thornicroft, 2008).

Arie Querido (Querido, 1935) instauró en la década de los años 30 en Ámsterdam las visitas a domicilio influenciado por la nueva corriente que estaba surgiendo de la Higiene Mental. Con un doble objetivo, por un lado, disminuir los ingresos en los hospitales con el fin de ahorrar y por otro dar un trato más humano, haciendo las intervenciones en el contexto del paciente. Las visitas las realizaban un trabajador social y un psiquiatra. Dicho modelo, acabó implantándose por todo Ámsterdam de forma considerable a lo largo de las siguientes décadas (Querido, 1968).

Los parámetros de intervención para TMG se basaron en modelos que habían sido creados para personas sin trastorno mental, pero que estaban pasando por una crisis psíquica debido a un factor de estrés importante donde sus mecanismos de afrontamiento no eran suficientes para recomponerse (Jones et al., 1999).

Caplan (Caplan, 1964) explicó la teoría de la crisis y la importancia de trabajar cuando surge, previniendo de esta manera la patología mental o las consecuencias que de ella se pudiese derivar.

En 1961, Pasamanick (Pasamanick et al., 1967) instauró en Ohio (EE. UU.) las visitas a domicilio para pacientes que padecían esquizofrenia. Diez años más tarde, Polak (Polak & Jones, 1973) que había estado trabajando junto Maxwell Jones (S Johnson & Thornicroft, 2008), implantó una red de servicios comunitarios. En dicha red estaba ubicada la atención en el domicilio en momentos de crisis las 24 horas.

La consecuencia derivada de los cambios gubernamentales que se produjeron en los años 80 fue la clausura del servicio.

A lo largo de los 80-90, en EE. UU crecieron los equipos móviles, que consisten en acudir al domicilio para evaluar la situación, si requiere ingreso o no y derivarlo al recurso pertinente (Thomas & Weisman, 1970).

En Australia, Hoult (Hoult, 1986) incorporó los tratamientos comunitarios siguiendo la filosofía Stein. Crearon los dispositivos de atención en el domicilio con el objetivo de demostrar que era una alternativa factible y no más costosa que el tratamiento convencional y que tanto los pacientes como sus familias se beneficiarían de dichas intervenciones. En 1983 publicó los resultados de un estudio comparativo entre la hospitalización convencional y los tratamientos comunitarios (que consistían en realizar intervención tanto con el paciente como con la familia, aportando herramientas para las crisis y el manejo en la vida en la comunidad). Comprobó que las familias no se mostraban más sobrecargadas por este tipo de tratamiento y que los pacientes, lo aceptaban mejor que el ingreso convencional. No se produjo un aumento de costes (Hoult et al., 1983).

El IHT se fue extendiendo a lo largo de Australia. En 2010 Rajan Singh y colaboradores publican un estudio reforzando las conclusiones de Hoult sobre que

los tratamientos en el hogar son alternativas efectivas para los pacientes adecuados. Reducen los costes, la presión asistencial en la sala de agudos y dan una buena atención tanto a los pacientes como a sus familias (Singh et al., 2010).

En Australia hay que mencionar al equipo de McGorry y su programa de intervención psicológica en la psicosis temprana. Defienden que los tratamientos iniciales se deberán proporcionar siempre que sea posible en ambiente ambulatorio o en domicilio del paciente con el objetivo de minimizar las vivencias negativas como la ansiedad, los miedos y el sentimiento del estigma tanto para el paciente como la familia (Gleeson & McGorry, 2005).

En Reino Unido, cuando se inició la desinstitucionalización en los años 50, se organizaron junto con el desarrollo de albergues visitas por parte del equipo de enfermería a los domicilios de pacientes, esto fue cobrando forma uniéndose la figura del psiquiatra en aras de prevenir un ingreso en la sala de agudos. Se fue extendiendo por Reino Unido, hasta que en la década de los 60-70, se fueron creando equipos especializados para este cometido (S Johnson & Thornicroft, 2008).

En 1970 Dennis Scott comenzó a introducir en el hospital de Napsbury las visitas domiciliarias y las intervenciones sistémicas con el fin de evitar los ingresos a ciertos pacientes. Las intervenciones eran semanales y una vez resuelta la crisis los pacientes eran derivados al CSM, donde se centraban en hacer intervenciones familiares. Al inicio atendían sólo en horario de oficina, pero se fue ampliando hasta dar la cobertura actual de 24 horas al día (Brimblecombe, 2001; S Johnson & Thornicroft, 2008).

Los modelos se fueron puliendo desde las primeras experiencias. En la década de los ochenta Burns comenzó en el suroeste de Londres con visitas domiciliarias cuando el paciente había sido dado de alta de la sala y comprobó que se podían reducir los reingresos en la sala de agudos.

Dean y sus colaboradores (Dean et al., 1993) realizaron un estudio comparativo en la población perteneciente al área de Birmingham entre Sparkbrook y Small Heath, donde en Sparkbrook los pacientes tienen acceso a los servicios comunitarios de tratamiento intensivo y los pacientes de Small Heath acceden al tratamiento habitual ambulatorio (situación similar a la que pasa en nuestro estudio) con el objetivo de

valorar la sobrecarga familiar. Concluyeron que los pacientes y sus familiares prefieren que el ingreso se produzca en el domicilio y hay una menor sensación de sobrecarga. No detallaron si hubo reingresos, lo que si constata el estudio es que los pacientes que tienen acceso al IHT al cabo de los meses mantienen el contacto con la red, más que el grupo control.

En 1995 Hoult instauró (G Glover & Johnson, 2008) en Yardley un equipo que sirvió de referencia para la implantación en Reino Unido del equipo de CRT.

En Inglaterra, en el año 99 su Plan Nacional de Salud contemplaba que los CRT debían ser tratamientos alternativos a la hospitalización con una cobertura de 24 horas. Al año siguiente publicó en su plan de salud la instauración de 335 equipos, que trabajarían las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cada equipo estaría formado por 14 profesionales y tendrían una cobertura para 20-30 pacientes (Clarke, 2014; G Glover & Johnson, 2008).

En el año 2006, estaban implantados por todo el territorio inglés.

Siguiendo el modelo inglés, se han ido estableciendo a lo largo de estas décadas en los diferentes países europeos, con diferencias entre ellos.

En Noruega, gracias a su Plan Estratégico de Salud Mental en el año 2011, había 59 equipos establecidos en los 78 centros de salud mental que tienen. Con el objetivo de cubrir a todos los centros (Karlsson et al., 2012).

En España, la alternativa a la hospitalización son las UHD, que la primera en implantarse fue en Sagunto en el año 2004, pero la diferencia con muchos de los países europeos es que en España no está aprobada en el Plan Estratégico de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social.

#### 7.4.2. PRINCIPIOS

Los principios en los que se basan los IHT/CRT son (S Johnson & Needle, 2008):

- **El ingreso hospitalario puede ser perjudicial**

El ingreso puede significar por un lado una ruptura en la vida del paciente a muchos niveles, laboral, escolar, familiar social, con lo que ello puede conllevar. Si se realiza el ingreso en el domicilio esta ruptura puede ser menor. Al igual que la vivencia del estigma también se reduce (Rosen, 1997).

Para ciertos pacientes, el ingreso en una sala de agudos es vivido de forma traumática, con el sufrimiento añadido que ya tienen en el momento de crisis (Beattie et al., 2009; Meyer et al., 1999).

- **El papel de la familia y la comunidad** durante la crisis es fundamental.

Para muchos de los creadores de este tipo de dispositivos, es uno de los motivos principales ya que tanto la información como las intervenciones que se pueden realizar en los domicilios son muy enriquecedoras.

Se puede ver en directo cómo es el modo de relacionarse de la familia, el tipo de estilo comunicativo que tienen, las estrategias que usan, cuál es la estructura, la jerarquía, como se sienten cada uno de ellos con la enfermedad y qué ha significado en sus vidas, no solo el momento de crisis. Aquí se puede hacer unas pinceladas de intervención y analizar si pudiesen ser beneficiarios de una intervención sistémica.

Las familias se pueden ver como fuente de ayuda, para reconocer los síntomas de alarma y ayudar con el manejo de la medicación y al acceso a los dispositivos (Eassom et al., 2014).

- **Gestión de la crisis en la comunidad**

Aporta estrategias para afrontar posibles crisis futuras tanto al paciente como a la comunidad que resultarán más efectivas y duraderas las aprendidas en vivo que en los despachos (Stein & Test, 1980).

- **La relación entre el paciente y el profesional es diferente**, en el hogar que en hospital.

Lo que implica una mejor alianza terapéutica (Barber et al., 2000) y con ello un mejor enganche. Tanto en el momento actual, como cuando el paciente puede presentar crisis futuras, acudirá de forma más rápida a solicitar ayuda (Bracken.PJ, 2001).

Hay una participación del paciente en la realización de su plan terapéutico con las ventajas que ello conlleva (Thornicroft & Tansella, 2005).

### **7.4.3. CARACTERÍSTICAS**

Los CRT/IHT son equipo de características multidisciplinarias que ofrecen cobertura las 24 horas del día, los 7 días de la semana a pacientes con TMG que están padeciendo una crisis. Entendiendo como tal “un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas” (Caplan, 1961).

Se desarrolla en el domicilio del paciente hasta que esta se resuelva, aportando tratamiento farmacológico y los cuidados necesarios para prevenir el ingreso en la sala de agudos.

El servicio, es intensivo, es decir, se puede ir al domicilio del paciente, en más de una ocasión al día si la situación lo requiere. Lo habitual es dos veces al día, pero según el estado del paciente esto puede variar. Hay equipos que también ofrecen soporte telefónico incluso si no tienen esta herramienta se la facilitan durante el ingreso (Bracken.PJ, 2001).

Los diferentes autores enfatizan en que se produzcan dos visitas al día como mínimo. De esta manera se produce una mejor alianza entre el equipo y el binomio paciente familia, una mayor comprensión de la situación, se monitoriza mejor la adherencia al tratamiento, así como los efectos beneficiosos y secundarios, pudiéndose administrar dosis más elevadas, ya que el paciente está controlado.

El paciente tiene relación con todo el equipo terapéutico, pero más intensa con la parte que está más implicada en el proceso.

En ciertos CRT, está la figura del coordinador de crisis.

Los equipos solo se dedican a este servicio. Es un equipo multidisciplinar que está formado por enfermeras, trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, administrativos. El número total que forma cada equipo varía según la cobertura, pero con el mapeo, que se hace de forma anual en Reino

Unido, ha habido un crecimiento en el staff desde que se implantaron (G Glover & Johnson, 2008).

Mantienen reuniones por la mañana y por la tarde para evaluar la situación de cada uno de los pacientes.

El tratamiento es de características transversales y por el periodo de tiempo en que tarde en resolverse la crisis, hasta unas 6 semanas. Si esta se alargase, se derivaría al paciente al recurso pertinente. Es importante la duración del tratamiento, durante el ingreso se mantendrán reuniones semanales con el coordinador del CSM del paciente para ver la evolución de este y poder intervenir en las decisiones que se tomen con respecto al paciente. Cuando se acerque el final de la crisis y por tanto de la intervención, el equipo espaciará las visitas.

Los pacientes a los que va dirigido son aquellos, que requerirían un ingreso en la sala de agudos, no de forma inminente, pero si no se produjese la intervención del equipo en pocos días o semanas, el paciente acabaría ingresado (S Johnson & Needle, 2008).

Para aquellos pacientes que presentan una esquizofrenia (que está sin tratamiento y que en otras ocasiones han rechazado el ingreso en sala) este dispositivo puede significar la puerta de entrada al sistema.

Pacientes en edades comprendidas entre los 16 y los 65 años que padezcan un TMG, preferiblemente que no tengan diagnóstico de trastorno de la personalidad. Quedan excluidos los que presenten trastorno por abuso de alcohol y/o otros tóxicos de forma exclusiva, no los que tengan diagnóstico dual.



#### **7.4.4. PROCESO TERAPÉUTICO**

El proceso terapéutico comienza cuando el paciente es derivado al dispositivo.

Las diferentes vías de entrada son: el médico de atención primaria, el centro de salud mental, consultas externas, la sala de agudos (con el objetivo de altas tempranas); menos frecuentemente desde la policía, servicios que tratan la dependencia a alcohol y tóxicos y servicios sociales. Si el paciente ha sido dado de alta en menos de 6 meses, tanto él como algún cuidador, se pueden poner en contacto con el equipo para reevaluar la situación y un posible reingreso (Hoult & Cotton, 2008).

El derivante se pondrá en contacto con el equipo bien cara a cara o vía telefónica. Facilitará en un cuestionario con los datos del paciente, del derivante, y la relación que hay entre ambos y los datos de su médico de cabecera, el motivo de la derivación y un resumen de la historia clínica del paciente (donde se registre antecedentes, sintomatología actual y tratamiento farmacológico), objetivos que se pretenden alcanzar con el CRT, riesgos que se contemplan y apoyos con los que cuenta el paciente.

Una vez recibida la petición, un miembro del equipo la evalúa y se pone en contacto con el paciente para seguir recabando información. Si tras el análisis de la derivación y la evaluación ven pertinente que el equipo incluya al paciente en el programa, decidirán cuándo y dónde tiene lugar el encuentro.

Hay una primera entrevista donde se evalúa el estado mental y físico del paciente, qué síntomas presenta y qué riesgos tiene, y su entorno sociofamiliar. A partir de ahí se comienza a realizar la alianza terapéutica para empezar abordar aspectos tales como el plan terapéutico.

El equipo evalúa quien acudirá a esta primera entrevista y dependerá del estado clínico del paciente y de los conocimientos que se tengan sobre él tanto actuales como pasados. La primera entrevista tendrá lugar en el domicilio, a no ser que el paciente no lo desee y se cambiaría el lugar ya que una de las características genuinas de los CRT, es su flexibilidad.

En las entrevistas sucesivas se monitorizarán los síntomas y los efectos del tratamiento tanto deseables como indeseables para ir haciendo las modificaciones

pertinentes. Se analizará la adherencia al mismo y se hará psicoeducación al respecto del tratamiento, síntomas, entre otros aspectos. Se trabaja también las contrariedades del día a día como situaciones bancarias, organización de las tareas del hogar y de los hijos, la obtención de la alimentación ya que se ha observado que parte de las crisis son debidas a dificultades en estas áreas.

Se abordan las desavenencias que pueden presentar con el equipo al igual que las herramientas que requieran para solventar los obstáculos en su día a día, tanto en las actividades de la vida diaria, como a nivel relacional.

Se detectan las situaciones que los han llevado a la crisis para hacer un trabajo preventivo para posibles futuras crisis.

Este trabajo se realizará en las diferentes sesiones a lo largo que dure el seguimiento, al igual que la coordinación con otros dispositivos que requiriese el paciente para dar continuidad a lo iniciado en el servicio.

En resumen, se podría decir que el IHT tiene como referencia el modelo de Stein y colaboradores, pero con la salvedad que los IHT nacen para tratar las crisis agudas y hacen un trabajo transversal. Sus objetivos son por un lado reducir la presión asistencial en las salas de agudos y urgencias y por otro dar una mejor opción terapéutica al paciente en crisis.

#### **7.4.5. EFECTIVIDAD**

Desde sus inicios estos servicios han tenido defensores y detractores. Cuenta de ello, es el debate que se publica en British Medical Journal en el año 2000 donde Hoult realiza una disertación sobre él porque deberían implantarse los CRT en Inglaterra que es refutado por Pelosi (Pelosi & Jackson, 2000; Smyth & Hoult, 2000).

Se han realizado varios estudios que avalan que se produce una reducción de recaídas y de prevención de rehospitalizaciones (Barker et al., 2011; Gyles Glover et al., 2006). También se ha demostrado que el coste es menor que la hospitalización tradicional (Knapp et al., 1994).

La revisión más reciente es del 2015 realizada por el equipo de Murphy (Murphy et al., 2015) donde recoge las revisiones realizadas desde 1998. Las limitaciones que

presentan son debidas al diseño de los diferentes estudios. Las características de ellos son distintas tanto en organización como en cobertura. Por ejemplo, el estudio de Fenton es un estudio comparativo entre la atención hospitalaria clásica y la atención en casa residenciales en la comunidad, donde hay personal cualificado. Son muchas las variables que pueden diferir con respecto otros recursos asistenciales (Fenton et al., 1998).

Las conclusiones a las que se llegan en las diferentes revisiones (Joy et al., 2004; Marshall et al., 2001; Murphy et al., 2015) son que la atención domiciliaria en momentos de crisis es más barata que la atención tradicional, evita el reingreso y tiene mejor aceptación tanto para la familia como para los usuarios. En cualquier caso, hay que continuar realizando estudios para clarificar los resultados.

#### **7.4.6. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON LA UHD.**

En primer lugar, hay que tener claro que las UHD se basan en la filosofía de los CRT/IHT, por lo que guardan muchas semejanzas. Ambas dan cobertura a pacientes con TMG y si no se realizase intervención por parte del equipo, el paciente acabaría ingresado en la sala de agudos. Se basan en atención comunitaria. El tratamiento se produce en el hogar y los objetivos que persiguen son similares, reducir estancias medias, prevenir ingresos y dar un trato más humano y menos estigmatizante. Son una fuente de apoyo a primaria (Bindman, 2008).

Las diferencias se hayan en la cobertura mientras que los CRT ofrecen 24 horas los 7 días de la semana. Las UHD dan servicio en horario de oficina entre semana, siendo los equipos de urgencias los que atienden al paciente fuera de este horario. Esto es debido a que el staff que forma la UHD se basa en un psiquiatra y un enfermero, el equipo de los CRT lo forman psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajador social y terapeutas ocupacionales.

## 7.5. SALA DE AGUDOS

Nos gustaría hacer una breve reseña sobre las unidades de agudos ya que la UHD sirve de apoyo a las mismas e intenta entre sus objetivos reducir las estancias medias y reingresos.

Las unidades de agudos están ubicadas dentro de los Hospitales Generales, aunque todavía hay un 20 % que se encuentran en hospitales psiquiátricos (Cuevas et al., 2020).

En nuestro país se produjo un auge de estas desde la publicación de la Ley General de Sanidad en 1986.

Son las áreas de hospitalización donde se realiza el ingreso de pacientes con problemas de salud mental para su evaluación, diagnóstico y tratamiento dentro de un espacio con las adecuadas condiciones de seguridad tanto para el paciente como para el personal.

Los **motivos** que pueden llevar a un ingreso son diversos:

- Paciente que padece una descompensación de su patología de base y supone un riesgo para él o para terceras personas.
- Realización de un diagnóstico diferencial que requiera que se hagan diversas pruebas complementarias con prontitud.
- Falta de apoyo social que asegure los cuidados necesarios.
- Introducción de un tratamiento farmacológico que necesita una supervisión estrecha dadas las condiciones somáticas del paciente.

El **objetivo principal** que se pretende alcanzar durante el ingreso es la estabilización clínica y el retorno de la persona a la comunidad con la mayor autonomía posible. Para ello durante el ingreso se trabajará:

- Contención psicológica.
- Instauración de tratamiento que no se puede realizar en medio ambulatorio.
- Psicoeducación al respecto de la enfermedad tanto con el paciente como con la familia.

La duración media de un ingreso en la sala de agudos es de 17 días según los datos publicados en el artículo de Vázquez y colaboradores (Vázquez-Barquero et al., 2001). En ocasiones el ingreso en la sala es vivido de forma traumática y es una de las razones para potenciar a las UHD.

Presentan un alto nivel de ocupación de camas en parte debido a la falta de recursos (Vázquez-Bourgon et al., 2012). Por ello es importante buscar recursos eficientes y alternativos a las salas.

Las personas ingresadas en una UHB rotan en periodos cortos de tiempo y tienen perfiles individuales y clínicos muy heterogéneos por lo que se hace imprescindible que el ingreso aporte una estructuración externa y puntos de anclaje para una mayor estabilización clínica.

Los ingresos en la UHB pueden ser de carácter voluntario o involuntario, lo que nos puede hacer pensar en perfiles diferentes de pacientes con respecto a la UHD donde los ingresos siempre son voluntarios.

Según el Manual de Humanización de la Asociación Madrileña de Psiquiatría reconocen que para que se produzca un mejor proceso terapéutico es necesario reducir el estrés, la conducta patológica y las agresiones. Para conseguirlo, las unidades deben tener el ambiente más parecido al doméstico (Montes et al., 2019). Por eso consideramos que la UHD es el mejor lugar terapéutico para nuestros pacientes.

A continuación se muestra en la tabla 4 las semejanzas y diferencias entre la UHB y la UHD.

**Tabla 4**

*UHD y UHB semejanzas y diferencias.*

	UHB	UHD
<b>Asistencia</b>	Crisis	Crisis
<b>Tipo de intervención</b>	Intensiva y protocolizada	Intensiva y protocolizada
<b>Lugar</b>	Hospital	Domicilio
<b>Cobertura</b>	7 días 24 horas	Horario de oficina
<b>Ingreso</b>	Voluntario y/o involuntario	Voluntario
<b>Duración media</b>	17 días	21 días
<b>Perfil paciente</b>	Alto nivel de auto/heteroagresividad	Medio nivel de auto/heteroagresividad

Para finalizar este apartado nos gustaría mostrar en la tabla 5 una comparativa entre los diferentes dispositivos.

**Tabla 5**

*Comparación dispositivos*

	TAC	GESTION DE CASOS	CRT/IHT	UHD
<b>Asistencia</b>	RHB	RHB	Crisis	Crisis
<b>Lugar</b>	Domicilio/Comunidad	Despacho	Domicilio	Domicilio
<b>Cobertura</b>	24 horas /7 días	Horario oficina	24horas/7 días	Horario oficina
<b>Perfil</b>	TMG con tendencia a reingresar	TMG	TMG	TMG
<b>Duración</b>	Ilimitada	Ilimitada	Limitada	Limitada
<b>Ratio</b>	1/10	1/30	1/15	1/6
<b>Responsabilidad</b>	Todo el equipo	Case mánager	Coordinador	Psiquiatra

## 8. JUSTIFICACIÓN

En Europa y en Estados Unidos las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 43 % de los cuadros totales de discapacidad por enfermedad. Se ha calculado que la enfermedad mental supone un coste a la Unión Europea de 3-4 por ciento del PIB (Madoz-Gúrpide et al., 2017); en España en 2006 Oliva-Montero y su equipo (Oliva-Moreno et al., 2006) calcularon que los costos de asistencia sanitaria asociados con la esquizofrenia representan el 2,7% del gasto público total en asistencia sanitaria en España por lo que es importante potenciar recursos eficaces, para poder brindar el mejor servicio posible al menor coste (Abdulmalik & Thornicroft, 2016).

En cuanto al coste emocional, diversos autores han atribuido a la experiencia psicótica y al ingreso en la sala de agudos, una experiencia traumatizante (Auxéméry & Fidelle, 2011; Meyer et al., 1999) que esta situación se podría disminuir si el ingreso se produjese en el entorno propio del paciente (Gleeson & McGorry, 2005).

La situación actual tras más de treinta años de la Reforma Psiquiátrica es que se han creado una red de cuidados intermedios para el paciente con trastorno mental grave, pero ha habido un abandono en potenciar estrategias a nivel nacional para dar cabida al tratamiento agudo fuera de las puertas del hospital general.

La UHD nació con el objetivo de reducir ingresos, favorecer altas tempranas y mitigar la experiencia traumática que puede significar un ingreso en psiquiatría.

La UHD de Sagunto es la primera que se implantó en España hace más de 15 años por lo que dado la escasez de datos a nivel nacional (Alba et al., 2019) (los datos que se tienen en el momento actual -que son optimistas- se refieren a dispositivos implantados en otros países con diferencias con respecto la UHD) nos parece importante analizar de forma objetiva y rigurosa si se produce una reducción de la estancia media y se evitan reingresos para poder potenciar políticas sanitarias que aboguen por este tipo de intervención.



## **II. HIPOTESIS Y OBJETIVOS**



## **1. HIPÓTESIS FUNDAMENTAL**

1. Los pacientes que ingresan en la UHD reingresan menos en la sala de agudos que los pacientes que solo se produce ingreso en la sala de agudos.
2. Los pacientes que tienen acceso a la UHD (zona de cobertura) ingresan menos que los pacientes que no tienen acceso (zona de no cobertura) en la sala de agudos.
3. Los pacientes de zona de cobertura presentan una estancia media menor que los pacientes de la zona de no cobertura.

## **2. HIPÓTESIS SECUNDARIA**

1. Los pacientes que ingresan en la zona de cobertura reingresan menos que los pacientes que ingresan en la zona de no cobertura.

## **3. OBJETIVOS**

Con este estudio se quiere constatar si con la introducción de la UHD se produce una reducción en la tasa de reingresos en la sala de agudos del Hospital de Sagunto, al igual que si se reduce la estancia media de la sala.

El objetivo secundario es averiguar el perfil de paciente que ingresa en el dispositivo, así como las estancias medias y tasa de reingresos en la UHD para conocer a fondo el funcionamiento del recurso.



### **III. MATERIAL Y METODOS**



## **1. DISEÑO**

Es un estudio de cohortes retrospectivo donde se han analizado los datos registrados en el Hospital de Sagunto desde el año 2005 hasta el 2016 en el programa 9000 (sistema de información del propio hospital) y en el programa Alumbra perteneciente a la Conselleria de Sanitat.

La cohorte expuesta fueron aquellos pacientes que pertenecían al área de cobertura de la UHD, teniendo acceso tanto a la UHD como a la UHB de Sagunto. La cohorte no expuesta fueron los pacientes que no entran dentro de la zona de cobertura por lo que solo tienen acceso a la UHB de Sagunto.

## **2. FUENTE DE DATOS**

### **2.1. INFORMACIÓN DE LOS SUJETOS**

Los datos pertenecientes a la UHB fueron obtenidos del programa Alumbra: el número de SIP, número de historia, municipio, edad, sexo, fecha de alta, días de ingreso, estancia bruta, y diagnóstico principal y secundario según CIE-9. Los mismos datos se registraron para la UHD, pero por el programa 9000.

Este estudio se ha realizado con pacientes ingresados en el UHD de Sagunto y los pacientes ingresados en la UHB de Sagunto desde el 2005 hasta 2016. Se han registrado los datos del 2017 para poder realizar la base datos.

El censo medio total de la población del Departamento 4 de Salud fue 152.857. La UHD cubría a las zonas 2,4,5,6,7 del Departamento 4 de Salud con censo promedio de 109.667. El censo medio de la zona de no cobertura fue 43.190.

## 2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Los criterios de inclusión para la cohorte expuesta fueron:

- Pertenecer al área de cobertura de la UHD.
- Haber tenido un ingreso en UHD y/o UHB durante el periodo que duró el estudio (2005-2016).
- Si el ingreso se produjo en la UHD cumplir con los criterios de ingreso para la misma unidad, es decir, ser mayor de 16 años, pertenecer alguna zona del área de cobertura, tener familiar o cuidador que permanezca en el domicilio mientras dure el ingreso, presentar algún diagnóstico incluido en la cartera de servicios de la UHD como (trastornos depresivos, hipomanías, demencias y otros trastornos orgánicos cerebrales con trastornos neuropsiquiátricos, psicosis de inicio, trastornos psicóticos crónicos, trastornos psicóticos agudos estabilizados, fases maniacas estabilizadas, conductas suicidas una vez superadas las complicaciones médicas y restablecido el nivel de conciencia, psiquiatría de enlace, enfermo terminal y tratamiento del duelo.

Los criterios de exclusión para la cohorte expuesta:

- No pertenecer al área de cobertura
- Ser menor de 16 años.
- Si el ingreso se produce en la UHD presentar los criterios de exclusión, como presentar trastorno de la conducta grave, trastornos alimentarios, tener ideación suicida de nivel alto que puede implicar un paso al acto, padecer un trastorno por abuso de sustancias y/o alcohol de manera activa.



Los criterios de inclusión para la cohorte no expuesta fueron:

- Residir en una de las localidades que no presentan cobertura de la UHD (Alto Palancia).
- Ser mayor de 16 años.
- Que se haya producido un ingreso en la UHB en el periodo comprendido entre 2005-2016.
- Presentar un diagnóstico subsidiario de ingreso en la sala de agudos.

Los criterios de exclusión para la cohorte no expuesta:

- Residir en una de las localidades que tengan cobertura.
- Ser menor de 16 años.

### **2.3. MUESTRA**

El estudio se ha realizado sobre los pacientes ingresados en la UHB y UHD de Sagunto en el periodo de tiempo transcurrido desde el año 2005 hasta el 2016.

El tamaño muestral total es de 2745 episodios de ingreso siendo la edad media ( $X \pm DS$ ) ( $42.2 \pm 15.92$ ) el 51% eran mujeres ( $39.47 \pm 15.92$ ) y el 49% varones ( $44.82 \pm 15.93$ ).

Los pacientes de la zona de cobertura presentaron un 2074 de episodios de ingreso, siendo la edad media de los participantes ( $42.46 \pm 15.93$ ), el 52 % eran mujeres ( $45.19 \pm 15.93$ ) y el 48 % varones ( $39.49 \pm 15.92$ ).

Los pacientes de la zona de no cobertura presentaron 671 episodios de ingreso constituyéndose por un 48% mujeres ( $43.54 \pm 15.93$ ) y el 52% varones ( $39.38 \pm 15.92$ ).

Los diagnósticos que presentaron los pacientes fueron divididos en tres bloques teniendo en cuenta el GDR (ANEXO II diagnóstico CIE -9) (Osakidetza, 2010)

**Tabla 6**

*Agrupación de diagnósticos según GDR*

AGRUPACIÓN	DESCRIPCION AGRUPACION	GDR
I	Trastornos afectivos	430,426,427
II	Trastornos psicóticos	430
III	Otros	429,428,425,432

**Tabla 7**

*Equivalencia GDR con diagnóstico.*

GDR	TRASTORNOS MENTALES
425	Reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial
426	Neurosis depresivas
427	Neurosis excepto depresiva
428	Trastornos de la personalidad y control de impulsos
429	Alteraciones orgánicas y retraso mental
430	Psicosis
432	Otros diagnósticos de trastorno mental

**Tabla 8**

*Correspondencia diagnóstica.*

<b>Trastornos afectivos</b>	Trastornos depresivos  Trastorno Bipolar  Episodio maniaco  Trastornos adaptativos  Intento de autolisis
<b>Trastornos psicóticos</b>	Esquizofrenia  Trastornos psicóticos
<b>Otros</b>	Alteraciones de la conducta  Trastornos de la personalidad  Trastorno psiquiátrico debido a patología medica  Otros (alteraciones cognitivas, demencias, trastornos por estrés agudo...)

En la Tabla 8 se muestra los diagnósticos pertenecientes a cada bloque.

### 3. TÉCNICA DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS.

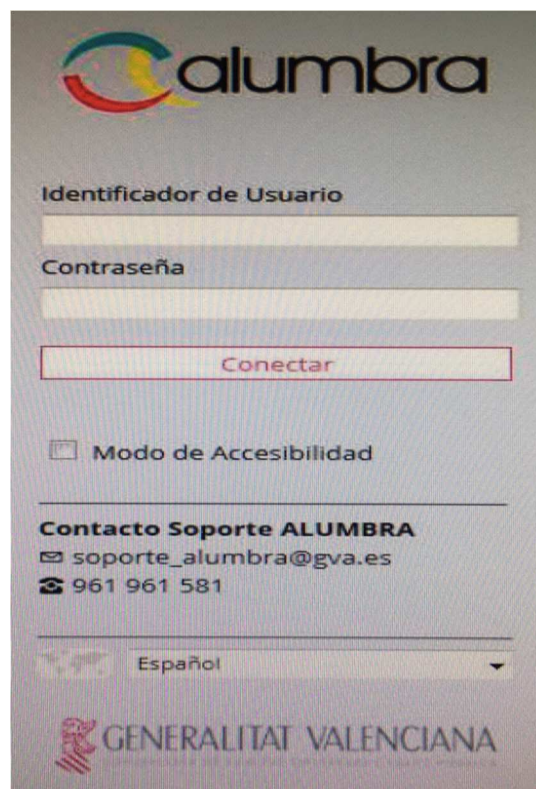
Los datos fueron recogidos de dos programas informáticos que están concebidos para registrar los datos clínicos.

Los datos de la UHB de Sagunto fueron obtenidos del programa Alumbra (Conselleria de Sanitat, n.d.) con dicho sistema desde Conselleria lo que se pretende es que haya un registro de la información clínica de los pacientes para que se puedan realizar varios análisis, es decir, que cada área de salud pueda gestionar y analizar su propia información. Y desde Conselleria se pueda hacer un seguimiento de su Plan Estratégico midiendo el análisis de rendimiento y alinear cada estrategia de cada área con la de Conselleria.

Se accedió al programa a través del portal de Alumbra como se muestra en la figura 5.

#### **Figura 5**

*Acceso Alumbra*



The image shows a login page for the 'Alumbra' system. At the top is the 'alumbra' logo, which consists of a stylized 'C' made of three colored arcs (blue, yellow, red) followed by the word 'alumbra' in a sans-serif font. Below the logo are two input fields: 'Identificador de Usuario' and 'Contraseña'. A red 'Conectar' button is positioned below these fields. Underneath the button is a checkbox labeled 'Modo de Accesibilidad'. A horizontal line separates this section from the contact information. The contact section is titled 'Contacto Soporte ALUMBRA' and includes an email address 'soporte\_alumbra@gva.es' and a phone number '961 961 581'. At the bottom, there is a language selector showing 'Español' with a dropdown arrow. The footer features the 'GENERALITAT VALENCIANA' logo and name.

Una vez dentro del sistema se deben realizar varios filtros para seleccionar la información que es pertinente.

Los filtros que se aplicaron a este estudio fueron: año, tipo de actividad( cie-9 , hospital), circunstancia del ingreso (si fue programado o urgente), datos administrativos (número de sip, sexo, edad, fecha de nacimiento, municipio de residencia, episodio, régimen económico) datos del ingreso ( procedencia del ingreso, fecha de alta, servicio de alta, circunstancia al alta ( destino al alta: domicilio o UHD), estancia bruta y diagnósticos registrado según CIE 9 y agrupados por GDR). Esto se explicita en la figura 6

Detallar que la procedencia del ingreso en la UHB solo se registra desde el año 2011, por lo que esa variable no fue incluida en el estudio.

Con respecto a los diagnósticos desde el año 2005 al año 2010 se utilizó la versión APR<sub>v27</sub>, y desde el 2011 hasta el 2017 se utilizó la versión APR<sub>v32</sub>

Esto fue realizado para cada año del estudio.

## Figura 6

### Filtros Alumbra

Oracle BI Interactive Dashboards - CMED - Windows Internet Explorer

https://alumbra.san.gva.es/analitico/iam.d/DefaultDashboard

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda X Open PDF in Word

Favoritos Sitios sugeridos: Intranet gratuita Galería de Web Sites

Oracle BI Interactive Dashboards - CMED

Nueva ventana | Ayuda | Desconectar

CMED Inicio Catálogo Favoritos Paneles de Control Nuevo Abrir Conectado como: 22530255F

Portada **Criterios** Global Hospital Servicio GRD AG CIE9MC AG CIE10ES

Configure los Criterios de Filtro comunes para el Cuadro de Mando

Periodo Análisis: (aaaa-mm) Periodo Comparativo: (aaaa-mm)

Entre: 2015-01 2015-12 Entre: " " " "

Grupo Centro Tipo de Actividad Servicio

--Seleccionar V-- --Seleccionar V-- HOSP PSIQUIATRIA

Financiador

--Seleccionar V--

Versión GRD

APRv32.0

Cat. Diagnóstica Mayor Código

--Seleccionar V-- --Seleccionar V--

GRD Código

--Seleccionar V-- --Seleccionar V--

Tipo de GRD

(Todos los Vale)

Norma -Descripción-

AVS HOSPITAL

Aplicar Restablecer

Generative VALENCIANA

Intranet local 100%

Una vez se obtuvieron los datos del programa Alumbra, éstos se transportaron a Excell para poder crear posteriormente la base de datos.

Para obtener los datos de la UHD, se recogieron los datos desde el programa informático con el que se funcionaba dentro del Hospital de Sagunto, “9000”, llamado con posterioridad SISAGINTEGRATOR (sistema de información Sagunto integrado, ya que integró el antiguo programa 9000 mas, la estación clínica; GAIA el sistema de prescripción farmacológica; Abucasis sistema de información de primaria y salud mental).

En dicho programa, entre otras funciones, esta la realización de los informes clínicos por parte de los facultativos de la UHD de Psiquiatría donde se registraron entre otros datos: datos administrativos ( SIP, municipio, código postal edad, sexo, fecha de ingreso, fecha de alta, estancia bruta), datos de procedencia del ingreso ( UHB, CSM, CS, urgencias, Unidad de Conductas Adictivas (UCA),consultas externas, UHD, u otras salas del Hospital), datos de destino ( CSM, UHB, CS , a otra sala del Hospital, si se producía seguimiento por parte del equipo de UHD, o solicitaba el alta voluntaria) datos clínicos ( diagnóstico principal y secundarios al alta del paciente)..

Se obtuvieron dichos datos a través de la Unidad de Documentación Clínica del Departamento de Sagunto para cada uno de los años del estudio.



#### 4. ORGANIZACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS:

Antes de iniciar la base de datos se procedió a la descripción de las diferentes variables que iban a ser utilizadas en el análisis. Estas fueron:

- Variables independientes:

Son todas cualitativas nominales

- Zona de cobertura: Se otorgaba un uno, a aquellos pacientes que pertenecían a la zona de cobertura, un 2 a los pacientes que no pertenecían al área de cobertura.
- Ingreso: Hace referencia donde se produjo el primer ingreso del paciente, fue categorizado de la siguiente manera 1 si el primer ingreso se había producido en la UHD, 2 si el paciente pertenecía al área de cobertura y el primer ingreso había sido en la UHB y 3 si el paciente era de la zona de no cobertura y el ingreso se realizó en la UHB.
- Procedencia ingreso UHD: El ingreso en la UHD podía proceder de varios dispositivos, por lo que a cada uno de ellos , se le otorgó un categoría siendo la equivalencia, 1 cuando ingresaba el paciente desde la sala de agudos, 2 si procedía de urgencias, 3 si era el centro de salud de primaria, 4 desde el centro de salud mental , 5 otros que podía ser desde consultas externas, otras salas del hospital diferentes a la de psiquiatra, o la propia UHD, y 6 si venía indicado el ingreso desde la Unidad de Conductas Adictivas (UCA).

- Variables dependientes

- Reingreso en sala si el paciente volvía ingresar en sala durante el año siguiente el index admisión, era catalogado como 1, si no se producía reingreso, era puntuado con 2.
- Reingreso en UHD, si el paciente volvía a ingresar en la UHD al año del index admisión era catalogado como 1, si no volvía a ingresar como 2.
- Reingreso mayor o menor a 6 meses en UHB, dentro de si se había producido un reingreso se contabilizó si se había producido 6 meses

antes del primer ingreso o 6 meses después, siendo 1 para menos de 6 meses y 2 para más de 6 meses.

- Reingreso mayor o menor a 6 meses en UHD, al igual que para la UHB se computó como 1 si el reingreso se había producido dentro de los 6 primeros meses o 2 si se había producido después de los 6 meses.
- Días de ingreso en sala, es cuantitativa discreta, se añadía el número de días absolutos que había durado el ingreso en la sala.
- Días de ingreso en UHD, al igual que en la anterior variable se computa por días absolutos de ingreso.
- Número de reingresos que se producen sala, dado que había pacientes que en el año posterior al index admision podían presentar más de un ingreso, se contabilizó. Otorgando 1 si era el primer reingreso, dos si era el segundo, y así sucesivamente hasta 16.
- Número de reingresos que se producen UHD, al igual que en la sala, ha habido pacientes que en el año posterior al índice admisión de la UHD han tenido en ese año varios reingresos, se computaron igual que para los reingresos en sala, es decir, 1 si es el primer reingreso, 2 si es el segundo reingreso, y así hasta un total de 7 reingresos.
- Destino ingreso UHD, el alta de la UHD podía ser o bien a la UHB que se categorizó como 1, a urgencias como 2, al centro de salud de primaria 3, al CSM 4 o a otros (bien que la UHD hace seguimiento del paciente tras el alta, o otras plantas o el paciente solicitaba el alta voluntaria) se puntuó como 5.

▪ Variables de confusión

- Diagnóstico: Primero se nombraron 11 diagnósticos, para después englobar los grupos diagnósticos en tres bloques, siendo el 1 el correspondiente a trastornos afectivos que engloba a trastornos depresivos, intentos de autólisis, trastornos adaptativos, trastornos bipolares y episodios maníacos; el 2 a trastorno psicóticos dentro de los cuales estaban trastornos psicóticos y esquizofrenias y el 3 correspondía a otros donde se incluyen a alteración de la conducta,

trastornos psiquiátricos debido a patología médica, trastornos de la personalidad y otros.

- Edad, se ponía la edad en años del paciente. Si se producía una variación a lo largo del año, era tomada en cuenta
- Sexo, si el paciente era varón se categorizaba como 1, si era mujer como 2.

Una vez definidas las variables se procedió a crear una primera tabla de Excell con el programa Microsoft Excell Versión 2005 compilación 128.20236 que sufrió varias modificaciones hasta la tabla definitiva que sería la utilizada para el análisis estadístico.

## **5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Para el análisis estadístico se ha usado el SPSS versión 26.

Para analizar si los pacientes que habían tenido un ingreso en la UHD reingresaban menos que los pacientes que ingresaban en la UHB, se ha utilizado la prueba del  $X^2$  cuadrado para las tablas de contingencia.

Para analizar si los pacientes que tienen acceso a la UHD (zona de cobertura) ingresan menos que los pacientes que no tienen acceso (zona de no cobertura) en la sala de agudos, se utilizó también en test de  $X^2$  cuadrado aunque también se obtuvo a través de la tasa de ingresos.

Se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney dado que las variables de estancia media no seguían una distribución normal, se necesitaba una prueba no paramétrica para poder compararlas y valorar si se cumplía o no la hipótesis de que los pacientes del área de cobertura presentaban una estancia menor con respecto los pacientes del área de cobertura.

Para profundizar en los días de ingreso y poder subdividir las estancias por diagnósticos se usó para ello la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

Se realizó un análisis descriptivo de la UHD para saber la distribución de los diagnósticos con las estancias medias y para ello fue necesario la distribución de probabilidad tipo Poisson.

Dado la presencia de variables de confusión, tales como el sexo, la edad y el diagnóstico se hizo un análisis multivariante (regresión logística con el método “hacia atrás de Wald”) para poder detallar con rigurosidad que grupos reingresaban más tanto en la UHD como en la UHB.

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El protocolo del estudio fue presentado al Comité Ético de Investigación del Hospital de Sagunto en enero del 2016, siendo aprobado en diciembre de ese mismo año.

## **IV. RESULTADOS**



## **1. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE INTERVENCIÓN Y NÚMERO DE REINGRESOS EN SALA.**

Para contrastar la hipótesis fundamental del estudio, se analizó la posible influencia del programa de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria sobre los reingresos en sala, en aquellos pacientes que estaban en la zona de cobertura. Para ello se contrastó si existía diferencias en el número de personas que reingresaban en sala entre este programa y el de la Unidad Hospitalización Breve.

Como se observa en la tabla 9, existe una relación significativa entre el tipo de intervención (i.e. UHD y UHB) y el número de reingresos en sala. Concretamente, se observa que el número de reingresos en sala es menor cuando hubo ingreso en la UHD (4,7%) que si se produjo en la UHB (21,2%).

**Tabla 9**

*Relación entre tipo de intervención y número de reingresos en sala.*

$\chi^2(1) = 81,16, p < 0,05, \phi = 0,20$				
		Reingreso en sala		Total
		Sí	No	
1er ingreso en UHD	Recuento	27	546	573
	%	4,7%	95,3%	100,0%
1er ingreso en UHB con cobertura	Recuento	318	1183	1501
	%	21,2%	78,8%	100,0%

UHD: Unidad de hospitalización domiciliaria; UHB: Unidad de hospitalización Breve

Estos datos indican que las personas cuyo primer ingreso se produce en la UHB tienen 5,44 veces más probabilidad de reingreso que aquellas cuyo primer ingreso es en la UHD.



## **2. EFECTO DE LA PERTENENCIA A LA ZONA DE COBERTURA EN LA TASA DE INGRESOS EN LA SALA.**

Para llevar a cabo este análisis se recurrió al censo de ambas áreas, la de cobertura y la de no cobertura. En la zona de cobertura, el censo medio es de 109.667 personas, mientras que, en la zona de no cobertura, es de 41.390 personas.

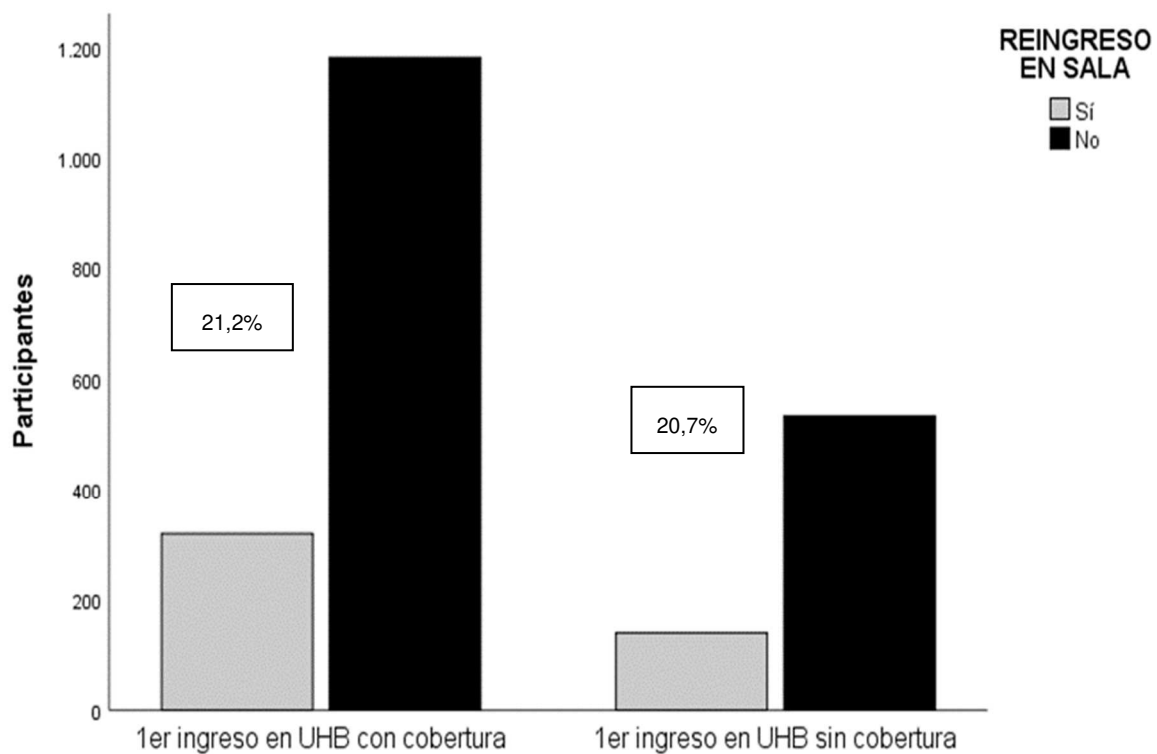
Habiendo registrado el número de ingresos en sala de cada área, se observa que la tasa de ingresos en la zona de cobertura durante 10 años es de 1,37% (i.e. 1.501 personas ingresaron), lo que supone una tasa anual de 0,137%. En la zona de no cobertura, la tasa a 10 años fue de 1,62% (i.e. 671 personas ingresaron), lo que supone una tasa anual de 0,162%. Las diferencias encontradas en la tasa de ingresos anuales son estadísticamente significativas  $\chi^2(1) = 13,34$ ,  $p < 0,01$ .

## **3. EFECTO DE LA PERTENENCIA A LA ZONA DE COBERTURA EN LOS REINGRESOS EN SALA.**

En este apartado se analizó la posible relación entre pertenecer o no a la zona de cobertura y el número de reingresos en sala. Nuestro objetivo era contrastar la hipótesis de que las personas que pertenecían a la zona de cobertura presentaban un menor número de ingresos que las personas fuera de la zona de cobertura. En ambos grupos, el primer ingreso se produjo en la UHB. Como se observa en la Figura 7, la proporción de reingresos es similar en los usuarios que pertenecen a la zona de cobertura (21,2%) y los que no (20,7%;  $p > 0,05$ ).

**Figura 7**

*Relación entre la pertenencia a la zona de cobertura y el número de reingresos.*



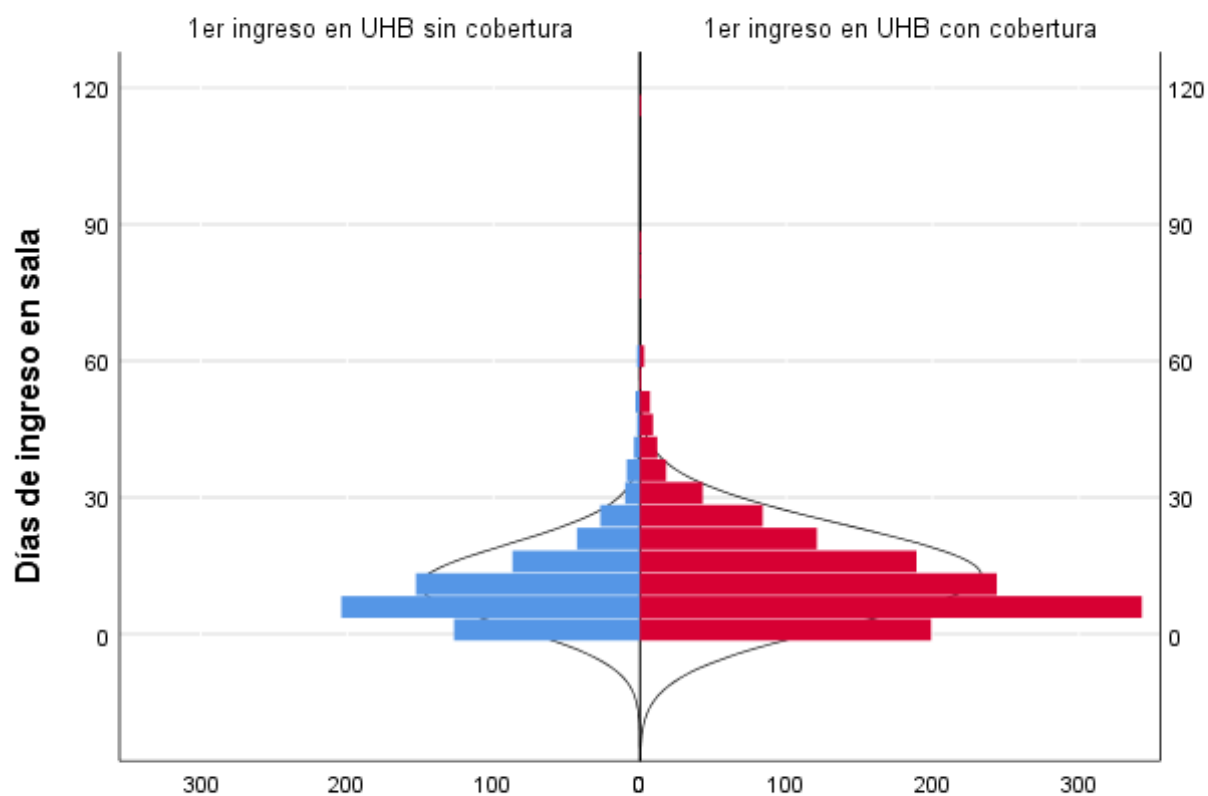
#### **4. EFECTO DEL TIPO DE COBERTURA SOBRE LOS DÍAS DE INGRESO EN SALA EN PACIENTES.**

En este apartado se presentan los resultados del análisis de las diferencias en los días de ingreso en sala en función de si los usuarios pertenecen a la zona de cobertura o no.

Como se puede observar en la figura 8 existen diferencias estadísticamente significativas en los días de ingreso en sala, según si pertenecen o no a la zona de cobertura ( $U = 376.969,00$ ,  $Z = -4.37$ ,  $p < 0,05$ ,  $r = 0.1$ ). Las personas que pertenecen a la zona de cobertura muestran mayor cantidad de días de ingreso ( $Md = 10,00$ ) que las personas de fuera de la zona de cobertura ( $Md = 9,00$ ).

**Figura 8**

*Comparación del número de días de ingreso en función de la zona de residencia.*



## **5. ANÁLISIS DEL EFECTO DEL DIAGNÓSTICO SOBRE LOS DÍAS DE INGRESO**

Antes de proceder con el análisis del efecto del diagnóstico sobre los días de ingreso, se comprobó si la distribución en cuanto a diagnóstico difería entre la zona de cobertura y la zona sin cobertura (solo los de UHB).

Según se observa en la tabla 10, existe una asociación significativa entre la zona y el tipo de diagnóstico ( $p < 0,05$ ). Concretamente, se comprobó que la zona con cobertura tenía una mayor presencia de trastornos afectivos (36,8%), seguido de trastornos psicóticos (32,8%) y de otros (30,4%). Sin embargo, en la zona sin cobertura, se aprecia un mayor número de trastornos psicóticos (38,3%), seguidos de los trastornos afectivos (32,2%) y finalmente, otros (29,5%).

**Tabla 10***Análisis de la relación entre la zona y el tipo de diagnóstico.*

		DIAGNÓSTICO		
		Trastornos afectivos	Trastornos psicóticos	Otros
Cobertura	Recuento	553	492	456
	%	36,8%	32,8%	30,4%
No cobertura	Recuento	216	257	198
	%	32,2%	38,3%	29,5%
Total	Recuento	769	749	654
	%	35,4%	34,5%	30,1%

Dadas las diferencias encontradas en la proporción de usuarios de cada tipo de diagnóstico por zona, el efecto del diagnóstico sobre los días de ingreso también se llevó a cabo segmentando por zona. A continuación, se presenta la tabla 11 en la que se muestran las diferencias en los días de ingreso en función del diagnóstico en cada una de las zonas.

**Tabla 11***Tiempo de ingreso en función del diagnóstico*

	<b>Trastornos afectivos (1)</b>	<b>Trastornos psicóticos (2)</b>	<b>Alteración de la conducta (3)</b>	<b>p- valor 1-2</b>	<b>p- valor 1-3</b>	<b>p- valor 2-3</b>
<b>Zona cobertura</b>	14,00	14,00	8, 00	>0.05	<0.01	<0.01
H (2) = 88,65, p< 0,05						
<b>Zona no cobertura</b>	10,00	10,00	6,00	>0.05	<0.01	<0.01
H (2) = 25,37 , p< 0,05						

Las columnas con los p-valores indican el resultado de las comparaciones por pares de los diferentes tipos de diagnósticos.

Como se observa en la tabla 11, ambas zonas mostraron un patrón similar en cuanto al número de días de ingreso en función del diagnóstico. En ambas zonas se observa un mayor número de días de ingreso en trastornos afectivos y psicóticos, que de alteración de la conducta.

Entre los trastornos afectivos y los psicóticos no existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de días de ingreso.

## **6. RESULTADOS SOBRE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA**

### **1. Características principales de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria**

En este epígrafe se presentan las características principales de los usuarios de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria. En concreto se analizan variables antropométricas como sexo y edad, su procedencia, su destino (una vez finalizada la intervención) y el tipo de diagnóstico.

#### ***Sexo y edad***

Del total de 724 usuarios de la UHD, 303 fueron hombres (41,9%), frente a 421 mujeres (58,1%). La media (DT) de edad fue de 47,42 (18,41) años, con un rango de entre 15 y 94 años. P5 =22 y P95 = 82

#### ***Procedencia***

La mayor parte de los usuarios de la UHD provenían de un centro de salud mental (37,3%), como se puede apreciar en la tabla 12.



**Tabla 12**

*Descripción de la procedencia de los usuarios de la Unidad de hospitalización Domiciliaria.*

		N	Porcentaje
			e
Procedencia	Sala de agudos	173	23,9
	Urgencias	86	11,9
	Centro de salud atención primaria	51	7,0
	Centro de salud mental	270	37,3
	Otros	139	19,2
	Unidad Conductas Adictivas	5	0,7
	Total	724	100,0

### *Diagnóstico*

El diagnóstico más frecuente en la UHD fue el de trastornos psicóticos, con un 35,8%, a diferencia de los más frecuentes en la UHB que, tanto en la zona de cobertura como en la de no cobertura, el diagnóstico más frecuente fue el de trastornos afectivos. En la tabla 13 se puede apreciar la proporción de cada uno de los tipos de diagnóstico en la UHD.

**Tabla 13**

*Descripción del tipo de diagnóstico en la UHD.*

		N	Porcent aje
Diagnóstico	Trastornos afectivos	247	34,1
	Trastornos psicóticos	259	35,8
	Alteración de la conducta	218	30,1
	Total	724	100,0

#### *Ingresos según el diagnóstico*

En este apartado, se analiza la tasa de reingreso según el diagnóstico. Como se observa en la tabla 14, el diagnóstico muestra una relación estadísticamente significativa con la tasa de reingreso ( $p < 0,05$ ). Las personas con trastornos afectivos muestran una tasa de no reingreso del 72,1%, mientras que en los trastornos psicóticos y en las alteraciones de la conducta, dicha tasa disminuye al 53,3% y al 61,0%, respectivamente.

**Tabla 14***Análisis de la tasa de reingreso en función del diagnóstico.*

$\chi^2(2) = 19,07, p < 0,05, \phi = 0,16$				
		Reingreso		Total
		No	Sí	
Trastornos afectivos	N	178	69	247
	%	72,1%	27,9%	100,0%
Trastornos psicóticos	N	138	121	259
	%	53,3%	46,7%	100,0%
Alteración de la conducta	N	133	85	218
	%	61,0%	39,0%	100,0%

#### Destino

Una vez dada el alta, los usuarios fueron derivados a diferentes destinos. El destino más frecuente tras la intervención en la UHD fue el centro de salud de atención primaria (39,8%).

**Tabla 15**

*Descripción del destino de los usuarios tras su intervención en la UHD*

		N	Porcentaje
Destino	UHB	47	6,5
	Urgencias	5	0,7
	Centro de Salud Atención Primaria	288	39,8
	Centro de Salud Mental	213	29,4
	Otros	170	23,5

#### *Análisis multivariante*

##### *Para la UHD*

Con la finalidad de analizar la relevancia de determinadas variables como factores de riesgo de reingreso, se llevó a cabo un análisis multivariante (regresión logística con el método “hacia atrás de Wald”). Dicho análisis incluyó las variables edad, sexo y diagnóstico como factores de riesgo y la variable reingreso como evento o variable desenlace.

Solo influye el diagnóstico en el reingreso en la UHD ( $\beta=0.249$ ,  $p>0,01$ ). La edad y sexo son irrelevantes en los factores de riesgo de reingreso ( $p>0,05$ ).

### **Análisis multivariante de variables de riesgo para reingreso en la sala**

Con la finalidad de analizar la relevancia de determinadas variables como factores de riesgo de reingreso, se llevó a cabo un análisis multivariante (regresión logística con el método “hacia atrás de Wald”). Dicho análisis incluyó las variables edad, sexo, zona de cobertura y diagnóstico como factores de riesgo y la variable reingreso como evento o variable desenlace.

Derivado del análisis, se descartó el diagnóstico como factor de riesgo de reingreso. Las variables que sí influyeron en el reingreso fueron edad ( $\beta=0.025$ ,  $p>0,01$ ), el sexo ( $\beta= -0.325$   $p>0,01$ ) y la cobertura ( $\beta= -0.499$ ,  $p>0,01$ ).



## **VI. DISCUSSION**





En el presente estudio se ha analizado la UHD de Sagunto, demostrando que es capaz por un lado de reducir los ingresos en la zona donde el dispositivo está implantado, y logra que los pacientes que han presentado un ingreso en la UHD reingresan en la sala menos que los pacientes que tienen un ingreso en la sala de agudos. Pero no se han encontrado diferencias significativas entre los pacientes que reingresan en la zona de cobertura y los de la zona de no cobertura.

No ha demostrado reducir la estancia media en los ingresos que se producen en la sala, aunque con una diferencia de dos días.

Por lo tanto, los resultados obtenidos avalan dos de las hipótesis fundamentales del estudio, pero no la hipótesis que se puede reducir las estancias medias, ni reducir los reingresos entre la zona que está implantado el dispositivo y el que no.

Como se ha mencionado, la UHD de Sagunto es la primera en crearse en España hace 16 años. Desde entonces, han sido varias las unidades que se han ido abriendo a nivel nacional, pero no se han encontrado ningún estudio de ellas, salvo una publicación del Hospital del Mar tras dos años de su implantación (Alba et al., 2019) con datos meramente descriptivos, de ahí que los resultados tengan tanta relevancia. Además, una diferencia enriquecedora de este estudio con los publicados a nivel internacional es la duración de éste y su tamaño muestral ya que los diferentes estudios que se han presentado sobre la efectividad del recurso de “home treatment” son estudios más recortados en el tiempo y con tamaños muestrales menores como se muestra en la revisión realizada por Murphy y colaboradores en el 2015 (Murphy et al., 2015).

En dicha revisión, se puede comprobar que el estudio más largo sobre efectividad es el de Pasamanick con una duración de 2 años, el nuestro abarca datos de 10 años, aunque la efectividad es sobre un año. El de mayor tamaño es el de Johnson con 260 participantes, siendo nuestro tamaño muestral de 2745 episodios psiquiátricos agudos.

A nivel internacional sí que se han encontrado varios estudios que avalan que tanto los TAC como los CRT son dispositivos capaces tanto de reducir las estancias medias como la tasa de reingresos, pero hay diferencias entre estos dispositivos y la UHD que pueden explicar el motivo de la discrepancia de los hallazgos, como

explica Burns y su equipo (Burns et al., 2002) en una revisión sistemática donde comparan las estancias medias de los dispositivos en EE.UU. y Europa, concluyendo que aunque en EE.UU. se consigue reducir más los días de hospitalización con respecto a Europa esto puede ser debido a las diferencias en las características de los dispositivos.

El estudio de Lloyd et al del 2016 (Lloyd-Evans et al., 2016) concluye que es necesario el desarrollo de medidas de fidelidad para la implantación de los recursos ya que si hay variaciones en el modelo podría explicar los resultados divergentes. El modelo debe ser multidisciplinar, incluir asesoramiento por parte de todo el equipo, abordaje psicoterapéutico y dar cobertura las 24 horas del día los 7 días de la semana ya que en el estudio de Morant et al aseguraban que si el modelo se aleja del original no se producen los objetivos deseados tales como reducir la estancia media o evitar reingresos (Morant et al., 2017). Dichas características difieren con la UHD, lo que podría ser una explicación de porque no se reducen las estancias medias ni hay diferencias significativas entre los reingresos de una zona y otra. Y un replanteamiento a la hora de mejorar el dispositivo.

En 2013, el equipo de S.Johnson trabajaba en la creación de una escala en este sentido (S Johnson, 2013).

Al igual que Lalevic et al en el 2017, que explicitan que ampliar el horario del servicio hasta las 24 horas puede mejorar los resultados de los dispositivos (Lalevic et al., 2019). Siguiendo así las recomendaciones a nivel internacional de reducción de estancias hospitalarias que recomienda la OMS (*World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems WHO-AIMS Version 2.2*, 2005).

Aunque si bien es verdad que la UHD no consigue reducir la estancia media global, sí que se ha encontrado una asociación significativa entre la zona y el tipo de diagnóstico, no habiendo diferencias significativas entre los trastornos psicóticos y los trastornos afectivos.

La importancia de la amplitud del horario en la atención aguda es ampliamente defendida ya que el 21 % de las atenciones se producen en horario no laborable como relatan Vázquez et al. en la revisión realizada en 2012 donde analizaron los

diferentes dispositivos que brindan atención a los pacientes psiquiátricos en crisis (Vázquez-Bourgon et al., 2012).

De hecho, en el estudio realizado por Aguilar et al en el 2007 sobre las urgencias que se atendían en el dispositivo de la UHD del Hospital de Sagunto y del Hospital Clínico de Valencia objetivaron que hasta un 40 % de los pacientes que estaban ingresados en el dispositivo requirieron atención no programada durante su estancia en el dispositivo (Aguilar et al., 2009).

En el estudio de Onyett et al concluyen que para que se obtengan mejores resultados es importante que el equipo sea multidisciplinar (Onyett et al., 2008). Esto podría ser otra de las justificaciones del motivo de no reducir estancias medias. De hecho, en Sagunto durante unos meses estuvo incluido un psicólogo y sí se mejoran los resultados, aunque son datos no publicados.

Encontramos otras situaciones para que no se produzcan dichas reducciones en los días de hospitalización como que la UHD está enfocada a evitar el ingreso en pacientes que estén pasando una crisis por lo que sólo llegarán al ingreso aquellos pacientes que muestran mayor gravedad por lo que requieren estancias más largas. De hecho, los pacientes que presentan estancias más duraderas en el estudio son el grupo que engloba a los trastornos psicóticos y pacientes que padecen esquizofrenia con una estancia media de  $14.38 \pm 11.37$  y un intervalo de confianza 95 % (12.79-14.33)

Hasselberg (Hasselberg et al., 2011) explicitaba en su estudio que, gracias a los CRT que dan cobertura a los pacientes en el pródromo de la crisis, esta no llega a niveles de desajuste mayores por lo que se evita el ingreso. De ahí la importancia de potenciar dichos tratamientos y la coordinación con primaria para detectarlos y poder dar contención lo antes posible. Esto ayuda a entender porque la tasa de ingreso es menor en la zona de cobertura que en la zona de no cobertura, ya que la UHD se hace cargo de un nivel de patología que si se dejase a su natural evolución lo más probable es que requiriesen un ingreso en la sala.

Para subsanar esta situación se podría pasar escalas como la Comprehensive Psychophata Logical Rating Scale (CPRS) para analizar la gravedad de la sintomatología de los pacientes en cada dispositivo.

Dicha teoría también se corroboró en el estudio de Cotton et al donde investigaron los factores asociados al ingreso en las salas de agudos en aquellas áreas donde estaban implantados los CRT. Comprobaron que los pacientes que no colaboran en la evaluación (OR 10.25 95% CI-4.20–24.97) y presentaban riesgo de autolesionarse (OR 2.93 1.42–6.05), tenían antecedentes de ingresos involuntarios (OR 2.64 1.07–6.55). Los que eran evaluados fuera del horario de atención habitual (OR 2.34 1.11–4.94) y/o en el área de urgencias (OR 3.12 1.55–6.26) tenían más probabilidades de ser ingresados en la sala de agudos (Cotton et al., 2007).

Reforzando las teorías de que las intervenciones tempranas mejoran el pronóstico está la revisión de Marshall et al (Marshall & Rathbone, 2011), aunque aquí no se aborda el tema de la atención domiciliaria que sí que realiza en el estudio de McGorry, que destaca que la intervención temprana reduce los síntomas, mejora el pronóstico (McGorry et al., 1996) y esta puede darse en el domicilio del paciente, siendo una intervención menos estigmatizante. La proporción de pacientes psicóticos que se atiende en la UHD es del 36 % muy similar a la proporción de pacientes psicóticos que se atiende en sala. Sería bueno el poder ampliar el recurso para este tipo de pacientes, que además son los que mayor estancia media presentan en la sala y mayor carga económica suponen al estado.

Otro de los motivos que puede explicar la no reducción de la estancia media por parte de la UHD, es la diferencia poblacional entra la zona de cobertura y la zona de no cobertura. La zona de cobertura es más urbana que la zona de no cobertura, aunque hay estudios como el de Muijen en 1992 que no avalarían esta hipótesis ya que ellos estudiaron a la población de Londres y se consiguió una reducción de hasta el ochenta por ciento de la estancia media (Muijen et al., 1992). Aunque cuando se implica a las familias, los efectos son mayores (Scott & Starr, 1981). En las zonas del Alto Palancia, la implicación familiar es mayor a nivel de contención del paciente. Al ser una zona rural, las actividades que se le pueden brindar fuera del domicilio son mayores que en la zona de Sagunto y alrededores.

A pesar de que la UHD no reduce las estancias medias en comparación del área de cobertura con respecto el área de no cobertura, se consigue una estancia media menor que la media nacional. En concreto, el Ministerio de Sanidad en el año 2009

la catalogaba como 16.08 días, siendo la de la UHB de Sagunto 12.3±10.45 (*Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento*, 2011).

Desde el cambio en el enfoque terapéutico que se da al paciente psiquiátrico, hay diversos estudios que han comprobado que dar cobertura en la comunidad, reduce la tasa de ingresos y reingresos en las salas de agudos. Como se ha mencionado anteriormente, por un lado, estaría los dispositivos centrados en la parte rehabilitadora y por otro lado los dispositivos para crisis y los mixtos que ejercen ambas funciones como el modelo de Amsterdam (Cohen & Sanders, 1995).

Nuestro estudio avala que la UHD es capaz de reducir la tasa de ingresos en la sala de agudos. Este dato está apoyado por diversos estudios a nivel internacional, muestra de ellos son los diferentes estudios que se comentan a continuación.

En 1997 P.Whittle y S.Mitchell evaluaron durante dos años, los servicios que trataban a los pacientes en la comunidad con patología aguda. Dicho estudio se basaba en uno previo también del equipo de Whittle donde se vió que el 50 % de las hospitalizaciones eran innecesarias en el sentido que, si hubiera alternativas comunitarias, se podrían haber evitado. Los dispositivos que analizaron fueron, por un lado, el tratamiento en el domicilio del paciente con atención por parte del staff de 24 horas los 7 días de la semana y, por otro lado, los ingresos que se producían en lo que se entiende aquí como mini residencias. Observaron que desde que se instauró el programa CAP se produjo una reducción de los ingresos en la sala de agudos estadísticamente significativa del 17% (Mitchell & Whittle, 1997).

S. Jonhson et al en 2005 (S Johnson et al., 2005) realizaron un estudio de cohortes para analizar si se producía una reducción en la tasa de ingresos antes y después de implantar los equipos de CRT. Encontraron que tras la introducción se reducía la tasa de ingresos en las 6 semanas posteriores a la crisis del 71 % al 49 % (OR 0,38, IC del 95% 0,21–0,70), también comprobaron que los pacientes estaban más satisfechos con este tipo de programas, con una diferencia de 5.6 puntos (95% IC 2.0-8.3) en la puntuación media del cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ-8). En dicho estudio, se comprobó una reducción en la estancia media de 6.2 días a las 6 semanas de la crisis, pero no a los 6 meses. En ese plazo más largo, se comprobó que la reducción de la estancia no era

estadísticamente significativa por lo que la reducción debe tomarse con cautela pues puede ser debido a otros motivos.

En 2006, Glover et al (Gyles Glover et al., 2006) en su estudio observacional analizaron 229 de las 303 áreas de salud de Inglaterra entre septiembre de 1998 y abril del 2004. En ese periodo, en Inglaterra se estaban implantando de forma generalizada los CRT por lo que estudiaron zonas donde no estaban implantados y zonas donde si estaban implantados. Observaron que las zonas donde el dispositivo estaba funcionando, se producía una reducción en los ingresos en los pacientes mayores en edad laboral y también para los adultos jóvenes, siendo de un 20% en aquellas zonas donde el CRT era más similar al original. En nuestro estudio, la tasa de ingreso en la zona de cobertura es del 1.37% y la zona de no cobertura es 1.62 % por lo que al igual que en el estudio de Glover se puede concluir que gracias a la hospitalización domiciliaria se reducen los ingresos en la sala de agudos.

Se ha obtenido en el análisis que los pacientes que han presentado un ingreso en la UHD tienen menor probabilidad de reingresar. Es decir, los pacientes que no presentaron ingreso en la UHD de la zona de cobertura tenían 5.44 % mayor probabilidad de reingresar. Por lo que se corrobora que nos son dispositivos excluyentes si no complementarios como especificó Thornicroft y Tansella en una revisión realizada en el 2004 donde analizan los diferentes recursos de atención al paciente en diferentes regiones con distintos recursos. Llegaron a la conclusión que tanto los servicios en la comunidad como los hospitalarios son necesarios (Thornicroft & Tansella, 2004) y defiende en su artículo Harrison et al (Harrison et al., 2003) que para pacientes graves puede ser una alternativa la creación de un dispositivo mixto englobando ambos recursos dando al paciente un mayor empoderamiento en su tratamiento.

Debemos dejar claro que los resultados encontrados a nivel internacional son sobre dispositivos que cubren las 24 horas, los 7 días de la semana y que tienen una mayor dotación en recursos comunitarios, aunque atienden solo a la población comprendida entre los 18 a los 65 años. En la revisión realizada por Wheeler et al (Wheeler et al., 2015) se puede comprobar la existencia de estudios que avalan que la presencia de un psiquiatra y el mayor horario da mejores resultados, aunque

no son datos concluyentes. Pero estos resultados dan más fuerza a nuestros hallazgos ya que es capaz de reducir la tasa de ingreso a pesar de ofrecer una cobertura menor y con menor personal por lo que hace pensar que si se invirtiese en dicho dispositivo los resultados mejorarían considerablemente.

## **LIMITACIONES**

Una de las limitaciones fundamentales es que no se trata de un estudio aleatorizado doble ciego como se plantea en el protocolo de Cornelis et al (Cornelis et al., 2018).

Dentro del equipo de salud mental y primaria son diferentes los perfiles de profesionales que derivaron los casos a la UHD. Aunque hayan sido derivados según los criterios de selección del dispositivo, está la parte individual de cada terapeuta a la hora de evaluar ya que no se usaron entrevistas estructuradas.

Dado que el estudio ha tenido una duración de una década no se ha tenido en cuenta los cambios sociales que han podido tener lugar.

## **FORTALEZAS**

Gracias a la parte descriptiva que se ha realizado de la UHD con una muestra de 724 episodios y datos analizados durante 10 años se puede definir el perfil de paciente que ha usado el dispositivo. Es más frecuente en mujeres. Los diagnósticos con mayor número de ingresos fueron los psicóticos y los que más reingresan en el dispositivo con una tasa de reingreso del 53.3 %. Esto nos ayuda a entender mejor el perfil de paciente que se beneficia del dispositivo y se debe estar satisfecho ya que dan cobijo a una parte de la población vulnerable.

Nos debe hacer replantearnos hacia dónde deben ir las investigaciones futuras para poder implantar el recurso en aquellos lugares donde no este y mejorarlo en aquellos que ya se encuentre instaurado.

Nuestro dispositivo da cobertura a pacientes mayores de 65 años representan el 21.68 % del total de las asistencias. Es una diferencia con el resto de los

dispositivos que sólo dan tratamiento a la población menor de 65 años. En la revisión realizada por Klug et al (Klug et al., 2019) donde tan solo tres estudios cumplieron los criterios de inclusión para la revisión. Estos criterios eran: ser pacientes mayores de 60 años con patología mental según criterios de ICD-10, estar en tratamiento al menos 12 semanas por un equipo multidisciplinar que realice visitas al domicilio. La conclusión fue que el tratamiento domiciliario psico geriátrico tiene efectos positivos en las personas mayores con enfermedades mentales.

Otra de las fortalezas es que se ha analizado tanto la procedencia como el destino de los pacientes que han ingresado en la UHD, comprobando que el destino de 39.7 % de los ingresos en la UHD van al Centro de Salud, lo que implica una buena coordinación entre el dispositivo de SM y AP, aunque a la inversa la proporción es menor. Debemos mejorar dicho flujo para enriquecer el servicio que se da a los ciudadanos, ya que el 30 % de las patologías mentales se cubren en atención primaria, por lo que es básico que haya una buena coordinación entre ambas especialidades (Sadeniemi et al., 2018).



## **PARA ESTUDIOS FUTUROS**

Dado que se ha demostrado el recurso de la UHD es efectivo ya que reduce la tasa de ingreso y es capaz de reducir los ingresos en aquellos pacientes que han usado el dispositivo, nos parece relevante para el futuro ampliar el estudio en diferentes ramas.

Sería importante el poder analizar si la Unidad es capaz de reducir los costes sanitarios. Más en estos tiempos, en los cuales dado la crisis sanitaria actual producida por el COVID-19 (donde se ha visto que la Unidad ha sido de gran utilidad y se prevé una crisis económica) se deben potenciar aquellos recursos que puedan reducir los costes sin perder calidad en la atención y atendiendo a las nuevas necesidades sociales como marca Salvador-Carulla et al (Salvador-Carulla et al., 2010).

Varios estudios avalan que los tratamientos en el hogar han conseguido reducir costes desde su instauración, Hoult en 1983 ya reconocía que no había aumento de costes y los estudios posteriores incluso apoyan un abaratamiento como Wasylenky et al (Wasylenki et al., 1997) en su estudio en Toronto que entre las diferentes ventajas del dispositivo estuvo la capacidad para reducir los costes económicos.

Por otro lado, Berhe et al (Berhe et al., 2005) avalan que los costes directos son menores para los pacientes tratados en el hogar que en el ámbito hospitalario. Aunque en el estudio de McCrone et al (McCrone et al., 2009) concluyeron que los equipos de CRT son rentables basándose en el cálculo que realizaron al ver la reducción de costes por días de hospitalización evitado.

Nos parece importante ampliar este campo ya que en el tema económico las comparativas con otros países es complicada debido a los diferentes sistemas de financiación en torno a la sanidad y la diferencia en los dispositivos (Sadeniemi et al., 2018).

Se ha abordado que los tratamientos en la comunidad son la preferencia tanto de las familias como de los pacientes. Dean et al (Dean et al., 1993) afirmó en 1991 que las familias donde un familiar estaba ingresado en la comunidad, las puntuaciones en las escalas de angustia eran menores (puntuación media 0,11 v 0 29,  $p < 0,01$ ) por

lo que en estudios futuros sería conveniente poder analizar las escalas de satisfacción personal y familiar más convenientes para obtener dichos datos (Miglietta et al., 2018) al igual que poder objetivar la sensación de reducción de estigma.

Consideramos importante no solo obtener mejoría en la satisfacción del paciente si no también en su entorno, ya que se estará no solo previniendo sobre la salud mental del propio paciente si no también sobre la de su familia, reduciendo la sensación de sobrecarga (Piñeiro et al., 2017).

Para finalizar, creemos relevante analizar la seguridad del recurso ya que I.Hunt et al (Hunt et al., 2014) aseguró en un estudio retrospectivo desde el año 2003 hasta el 2011 (donde compararon la tasa de suicidio entre los pacientes que estaban ingresados el CRT y en una planta convencional) que la tasa de suicidios era más elevada en el programa domiciliario (14.6 por cada 10.000 episodios bajo atención de crisis frente

8 · 8 por 10.000 admisiones en la sala de agudos). Esto no concuerda con los datos que se han analizado y las conclusiones obtenidas por Aguilar et al donde reflejan que el dispositivo es apto para el abordaje de la ideación suicida (Aguilar et al., 2009).

## **VI. CONCLUSIONES**



Del estudio se desprende que la Unidad de Hospitalización Domiciliara es un dispositivo efectivo y viable, capaz de reducir los ingresos en la zona donde esta instaurado, así como servir de apoyo a la Unidad de Hospitalización Breve. Reduce los reingresos en los pacientes que han tenido un ingreso en la Unidad obteniendo resultados equiparables a los programas internacionales.

Hoy en día no se puede determinar que el recurso sirva para reducir las estancias medias en la sala de agudos, ni que genere diferencias significativas en los reingresos entre la zona donde está instaurado respecto a la zona donde no está instaurado.

De manera revelante se destaca que en mayor proporción el recurso atiende a pacientes con trastornos psicóticos, siendo este aspecto el único factor de riesgo encontrado en el estudio de reingreso en el dispositivo.

Se observa que es una buena alternativa comunitaria para los pacientes en crisis ya que permite el ingreso en el domicilio. Ha demostrado una buena coordinación entre ella y los diferentes dispositivos de la red. Sobre todo, con atención primaria y los centros de salud mental.

Si bien se necesita una mayor inversión por parte de las administraciones para poder equipararse a los programas que se realizan en otros países y poder mejorar los resultados encontrados.



## **VII. BIBLIOGRAFIA**





- Abdulmalik, J., & Thornicroft, G. (2016). Community mental health: a brief, global perspective. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 22(2), 101–104. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2015.12.065>
- Aguilar, E., Megías, F., Alvarez, I., Megías, C., & Corral, R. (2009). Urgencias psiquiátricas en la hospitalización a domicilio. In J. Bertolín (Ed.), *Evaluación e intervención en las urgencias psiquiatricas* (Vol. 9, pp. 109–118). Elsevier.
- Aguilar, E., Valdivia, M., Luengo, A., & Gámiz, G. (2012). Hospital a domicilio en salud mental. In *Acciones en Salud Mental en la Comunidad* (pp. 401–410). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Alba, L., León, J., Córcoles, D., González, A. M., Bellsolà, M., Martín, L. M., & Pérez, V. (2019). Psychiatric Home Hospitalization Unit of the Hospital del Mar. A crisis resolution and home treatment team in Barcelona. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(4), 207–212. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.09.003>
- Alonso, G., & Escudero, J. M. (2010). La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización como alternativas a la hospitalización convencional. *An.Sist.Sanit.Navar*, 33(1), 97–106.
- Alonso Suárez, M., Bravo Ortiz, M. F., & Fernández Liria, A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la Comunidad. *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq*, 92, 3457–3483.
- Aparicio Basauri, V. (1988). Apuntes sobre la Reforma Psiquiátrica. *Rev Asoc. Esp. Neuropsiq*, VIII(26), 523–527.
- Aparicio Basauri, V., & Sánchez Gutiérrez, A. E. (1997). Norma y ley en la psiquiatría española. In *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España* (1ª, pp. 21–42). Editorial Libro del Año.
- Archer, J., & Gruenberg, E. M. (1982). The chronically mentally disabled and “Deinstitutionalization.” *Ann. Rev. Public Health*, 3, 445–468. [www.annualreviews.org](http://www.annualreviews.org)

- Attenasio, L. (2012). De locos y ciudadanos: por una Europa sin manicomios. *Norte de Salud Mental*, *X*(44), 97–102.
- Auxéméry, Y., & Fidelle, G. (2011). Psychose et traumatisme psychique. Pour une articulation théorique des symptômes psycho-traumatiques et psychotiques chroniques. *L'Encéphale*, *37*(6), 433–438. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.12.001>
- Bachrach, L. L. (1978). A Conceptual Approach to Deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, *29*(9), 573–578. <https://doi.org/10.1176/ps.29.9.573>
- Bachrach, L. L. (1993). Continuity of Care and Approaches to Case Management for Long-Term Mentally Ill Patients. *Psychiatric Services*, *44*(5), 465–468. <https://doi.org/10.1176/ps.44.5.465>
- Ban, T. A. (2007). Fifty years chlorpromazine: a historical perspective. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *3*(4), 495–500.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(6), 1027–1032. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.1027>
- Barcia, D. (2004). Historia de la psiquiatría española. In Editorial Glosa (Ed.), *Imágenes de la psiquiatría española* (1ª, Vol. 1, pp. 37–62).
- Barker, V., Taylor, M., Kader, I., Stewart, K., & le Fevre, P. (2011). Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *Psychiatrist*, *35*(3), 106–110. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.031344>
- Barton, R. (1976). *Institutional Neurosis* (Elsevier, Ed.; 3ª). <https://doi.org/10.1016/C2013-0-06443-2>
- Bauer, E., Kleine-Budde, K., Stegbauer, C., Kaufmann-Kolle, P., Goetz, K., Bestmann, B., Szecsenyi, J., & Bramesfeld, A. (2016). Structures and processes necessary for providing effective home treatment to severely mentally ill persons:

- A naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0945-z>
- Baxter, E., & Hopper, K. (1982). The new mendicancy: Homeless in New York City. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(3), 393–408. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01426.x>
- Beattie, N., Shannon, C., Kavanagh, M., & Mulholland, C. (2009). Predictors of PTSD Symptoms in Response to Psychosis and Psychiatric Admission. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(1), 56–60. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31819273a8>
- Becker, J., & Vázquez-Barquero. (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Pschiatrica Scandinavica*, 104(s410), 8–14.
- Berhe, T., Puschner, B., Kilian, R., & Becker, T. (2005). Home treatment for mental illness. Concept definition and effectiveness. *Der Nervenarzt*, 76(7), 822–831. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1865-6>
- Bindman, J. P. (2008). The crisis resolution team within the community service system. In S Johnson, J. Needle, J. P. Bindman, & G. Thornicroft (Eds.), *Crisis Resolution Team and Home Treatment in Mental Health* (1<sup>a</sup>, Vol. 7, pp. 85–96). Cambridge University Press.
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M. P., Bobes-Bascaran, M. T., Parellada, M., Saiz, P. A., Bousoño, M., & Arango, C. (2012). The state of psychiatry in Spain. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 347–355. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.691090>
- Bracken, P. J. (2001). The radical possibilities of home treatment: postpsychiatry in action. In Briemlecombe (Ed.), *Acute Mental Health Care In The Community. Intensive Home Treatment* 139 (1<sup>a</sup>, pp. 139–162). Whurr Publishers.
- Bravo Ortiz, M., Díaz Mújica, B., & Fernández Liria, A. (2006). La atención a los trastornos mentales graves. In *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica* (1<sup>a</sup>, pp. 277–293). Asocacion Española de Neuropsiquiatria.

- Brimblecombe, N. (2001). Community care and the development of intensive home treatment service. In N. Brimblecombe (Ed.), *Acute mental health care in the community. Intensive home treatment* (1<sup>a</sup>, pp. 5–28). WhurrPublishers.
- Briscoe, J., & Priebe, S. (2004). Day hospital care. *Psychiatry*, 3(9), 8–10. <https://doi.org/10.1383/psyt.3.9.8.50252>
- Burns, T., Catty, J., Watt, H., Wright, C., Knapp, M., & Henderson, J. (2002). International differences in home treatment for mental health problems. *British Journal of Psychiatry*, 181(5), 375–382. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.5.375>
- Calvache, M. (1989). *La enfermería Sistémica. Propuesta de un modelo ecológico* (Díaz de Santos S.A, Ed.; 1<sup>a</sup>).
- Campos Marín, R. (1997). Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). *Asclepio*, XLIX(1), 39–59. <http://asclepio.revistas.csic.es>
- Campos, R., & Huertas, R. (1988). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XVIII(4), 99–108.
- Campos, R., & Novella, E. (2017). Mental hygiene in early Francoism. From racial hygiene to the prevention of mental illness (1939-1960). *Dynamis*, 37(1), 65–87. <https://doi.org/10.4321/S0211-95362017000100004>
- Caplan, G. (1961). *Approach to Community Mental Health* (Grune and Stratton, Ed.).
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Castilla del Pino, C. (2007). Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 27(99), 105–118.
- Clarke, L. (2014). Introduction of the Home Treatment Accreditation Scheme: a welcome development. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 180–183.

- Cohen, D., & Sanders, H. E. (1995). Day-Program-Based Treatment in the Amsterdam City Center. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(2), 120–131. <https://doi.org/10.1177/002076409504100205>
- Comelles, J. (1986). La crisis de la psiquiatría española durante el Tardofranquismo y la Transición. El caso del Institut Mental de la Santa Creu (1971-1986). *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq*, VI(19), 619–635.
- Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (1985). *Documento General y recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la atención a la Salud Mental*.
- Conselleria de Sanitat. (n.d.). *Manual de Usuario Alumbra.Consulta de Colectivos Clínicos*.
- Cornelis, J., Barakat, A., Dekker, J., Schut, T., Berk, S., Nusselder, H., Ruhl, N., Zoeteman, J., Van, R., Beekman, A., & Blankers, M. (2018). Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: A multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1632-z>
- Cotton, M. A., Johnson, S., Bindman, J., Sandor, A., White, I. R., Thornicroft, G., Nolan, F., Pilling, S., Hoult, J., McKenzie, N., & Bebbington, P. (2007). An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry*, 7(52). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-52>
- Crepet, P. (1990). A Transition Period in Psychiatric Care in Italy Ten Years after the Reform. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 156, 27–36. <https://doi.org/10.1192/bjp.156.1.27>
- Cuevas, J., Serrano, A., Rodríguez, M. J., & Baladón, L. (2020). *Hospitalización Psiquiátrica Breve. Manual clínico* (editorial medica panamericana, Ed.; 1ª).
- Cuxart Mèlich, A., & Estrada Cuxart, O. (2012). Hospital at home: An opportunity for change. *Medicina Clínica*, 138(8), 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.04.008>

- D'Avanzo, B., Barbato, A., Barbui, C., Battino, R. N., Civeniti, G., & Frattura, L. (2003). Discharges of Patients from Public Psychiatric Hospitals in Italy between 1994 and 2000. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(1), 27–34. <https://doi.org/10.1177/002076400304900104>
- Davies, S., Presilla, B., Strathdee, G., & Thornicroft, G. (1994). Community beds: the future for mental health care? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 29, 241–243.
- de Salvia, D. (1986). Orígenes, características y evolución de la Reforma Psiquiátrica italiana a partir de 1978. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, VI(16), 69–85.
- Dean, C., Phillips, J., Gadd, E. M., Joseph, M., & England, S. (1993). Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness. *British Medical Journal*, 307, 473–476.
- del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista Historia de La Psicología*, 30(2.-3), 81--90.
- del Rio, F., & Carmona, J. (2012). Organización de los servicios de salud mental comunitarios: la red territorial. Coordinación y colaboración institucional. In *Acciones de Salud Mental en la Comunidad* (1ª, pp. 341–355). AEN.
- Desviat, M. (2004). Tendencias en Psiquiatría comunitaria o ¿donde estamos y adónde podemos ir? *Rehabilitación Psicosocial*, 1(1), 30–33.
- Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253–263.
- Desviat, M. (2011). La Reforma Psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Rev Esp Salud Pública*, 85(5), 427–436.
- Desviat, M., & Moreno, A. (2012a). La reforma psiquiátrica. In *Acciones en Salud Mental Comunitaria*. (1ª, pp. 28–36). AEN.
- Desviat, M., & Moreno, A. (2012b). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. In *Acciones de Salud Mental en la Comunidad* (1ª, pp. 21–27). AEN.

- Early, DonalF. (1960). The industrial therapy organisation (Bristol). *The Lancet*, 276(7153), 754–757. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(60\)91812-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(60)91812-2)
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, 4(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108>
- Espino, A. (2002). Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XXII(81), 39–61.
- Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento*. (2011).
- Esteban Sobreviela, J. Manuel., Ramírez Puerta, Dulce., Sánchez del Corral Usaola, Francisco., Toquero de la Torre, Francisco., & Zarco Rodríguez, J. (2005). *Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria*. International Marketing & Communications.
- Estrada Cuxart, O., Massa Domínguez, B., Ponce González, M. Á., Mirón Rubio, M., Torres Corts, A., Mugal Martínez, A., Alepuz Vidal, L., Antón Botella, F., del Río Vizoso, M., Fernández Martínez de Mandojan, M., & Hermida Porto, L. (2017). Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. *Hospital a Domicilio*, 1(2), 93–117. <https://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i2.13>
- Estrategia autonómica de Salud Mental 2016-2020. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública Generalitat Valenciana*. (n.d.).
- Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia . *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 31(110), 345–351. <https://doi.org/10.4321/S0211-573520110002000011>
- Fenton, W. S., Mosher, L. R., Herrell, J. M., & Blyler, C. R. (1998). Randomized Trial of General Hospital and Residential Alternative Care for Patients With Severe and Persistent Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 516–522. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.4.516>

- Fernández Liria, A. (1997). La reforma psiquiátrica en España. En que y en que no metimos la pata. *Psiquiatría Publica*, 9, 167–175.
- Fernández Liria, A., & Garcia Rojo, J. (1990). Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad. *Rev. Esp. NeuroPsqui.*, X(2), 65–75.
- Fiander, M., Burns, T., Mchugo, G. J., & Drake, R. E. (2003). Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. *British Journal of Psychiatry*, 182(3), 248–254. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.3.248>
- García-Gonzalez, J. (1998). La transformación de las instituciones psiquiátricas. Aspectos generales. In *La psiquiatría en la España de fin de siglo* (Díaz de los Santos, pp. 66–77).
- García-Gonzalez, J. (1998). Modelos de atención comunitaria en salud mental :críticas e insuficiencias. In *La psiquiatría en la España de fin de siglo* (1ª, pp. 41–60).
- García-Gonzalez, J., & Espino Granado, A. (1998). Antecedentes y ordenación político-administrativa de la reforma psiquiátrica. In *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. (1ª, Vol. 1, pp. 3–23).
- Garrabe, J. (2002). La psiquiatría en el siglo XX. *Átopos*, 33–42.
- Gisbert, C. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuaderno Técnico nº6* (Asociación Española de Neuropsiquiatría, Ed.).
- Gleeson, J., & McGorry, P. (2005). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana* (1ª). Desclée De Brouwer.
- Glover, G, & Johnson, S. (2008). The crisis resolution team model: recent development and dissemination. In *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health* (1ª). Cambridge University Press.



- Glover, Gyles, Arts, G., & Babu, K. S. (2006). Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *British Journal of Psychiatry*, 189(5), 441–445. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020362>
- Goffman, E. (2008). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. (1ª 8ª reimp). Amorrortu.
- González de Chávez, M. (2003). La generación de la democracia: de la coordinadora psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Frenia*, III(1), 87–114.
- González De Rivera, J. L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 19(5), 183–200.
- Gonzalez Ramallo, J., & Ruiz Garcia, V. (2002). Hospitalización a domicilio. *Medicina Clínica*, 118(17), 659–664.
- González Rodríguez, A. (2011a). Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. *Estudios de Psicología*, 16(3), 305–312. [www.scielo.br/epsic](http://www.scielo.br/epsic)
- González Rodríguez, A. (2011b). Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. *Estudios de Psicología*, 16(3), 305–312. [www.scielo.br/epsic](http://www.scielo.br/epsic)
- Gutiérrez, M., Luis, F. J., & Ruiz, M. (2018). *Conciencia histórica de la Psiquiatría. Novena Entrega*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. [www.hifer.com](http://www.hifer.com)
- Harrison, J., Marshall, S., Marshall, P., Marshall, J., & Creed, F. (2003). Day hospital vs. home treatment - A comparison of illness severity and costs. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 541–546. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0672-x>
- Hasselberg, N., Gråwe, R. W., Johnson, S., & Ruud, T. (2011). An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Services Research*, 11(96). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-96>

- Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Rev..Asoc.Esp.NeuroPsiqu.* , 37(131), 171–187. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100010>
- Hoult, J. (1986). Community Care of the Acutely Mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149(2), 137–144. <https://doi.org/10.1192/bjp.149.2.137>
- Hoult, J., & Cotton, M. (2008). Assessment of crises. In S. Jonhson, J. Needle, J. Bindman, & G. Thornicroft (Eds.), *Crisis Resolution Team and Home Treatment in Mental Health* (1ª, Vol. 8, pp. 97–110). Cambridge University Press.
- Hoult, J., Reynolds, I., Charbonne-Powis, M., Weekes, P., & Briggs, J. (1983). Psychiatric hospital versus community treatment: The results of a randomised trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 160–167.
- Huertas, R. (1995). El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España. *DYNAMIS.Acta Hisp.Med.Sci.Hist.Illus*, 15, 193–209.
- Huertas, R. (2019). Psychiatrists and mental health activism during the final phase of the Franco regime and the democratic transition. *History of Psychiatry*, 30(1), 77–89. <https://doi.org/10.1177/0957154X18808127>
- Hunt, I. M., Rahman, M. S., While, D., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2014). Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 135–141. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70250-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70250-0)
- Huxley, P. (1996). Mental illness in the community: The Goldberg-Huxley model of the pathway to psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry* , 50(37), 47–53.
- Jacobs, R., & Barrenho, E. (2011). Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *British Journal of Psychiatry*, 199(1), 71–76. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.079830>

- Jiménez, S., Aguilò, S., Gil, V., Antolín, A., Prieto, S., Bragulat, E., Coll-Vinent, B., Mirò, Ò., & Sánchez, M. (2010). Los factores psicosociales determinan la aceptación de la hospitalización a domicilio directamente desde el servicio de urgencias. *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 303–308. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.03.012>
- Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), 115–123. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004192>
- Johnson, S., & Needle, J. (2008). Crisis resolution teams: rationale and core model. In S. Johnson, J. Needle, J. Bindman, & G. Thornicroft (Eds.), *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health* (1ª, pp. 67–84). Cambridge University Press .
- Johnson, S., Nolan, F., Hoult, J., White, I. R., Bebbington, P., Sandor, A., McKenzie, N., Patel, S. N., & Pilling, S. (2005). Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *British Journal of Psychiatry*, 187(1), 68–75. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.68>
- Johnson, S., & Thornicroft, G. (2008). The development of crisis resolution and home treatment teams. In Sonia Johnson, J. Needle, J. P. Bindman, & G. Thornicroft (Eds.), *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health* (1ª, pp. 9–22). Cambridge University Press.
- Jones, J., Wilson, A., Parker, H., Wynn, A., Jagger, C., Spiers, N., & Parker, G. (1999). Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ*, 319, 1547–1550. [www.bmj.com](http://www.bmj.com)
- Joy, C., Adams, C., & Rice, K. (2004). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub2>
- Karlsson, B., Borg, M., Biong, S., Ness, O., & Kim, H. S. (2012). A crisis resolution and home treatment team in Norway: a longitudinal survey study Part 2.

- Provision of professional services. *International Journal of Mental Health Systems*, 6. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-6-14>
- Khalifeh, H., Murgatroyd, C., Freeman, M., Johnson, S., & Killaspy, H. (2009). Home treatment as an alternative to hospital admission for mothers in a mental crisis: a qualitative study. *Psychiatric Services*, 60(5), 634–639.
- Killaspy, H. (2007). Assertive community treatment in psychiatry. *British Medical Journal*, 335(7615), 311–312. <https://doi.org/10.1136/bmj.39293.687674.AD>
- Klug, G., Gallunder, M., Hermann, G., Singer, M., & Schultze, G. (2019). Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: A systematic review of empirical studies. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2369-z>
- Knapp, M., Beecham, J., Koutsogeorgopoulou, V., Hallam, A., Fenyo, A., Marks, I. M., Connolly, J., Audini, B., & Muijen, M. (1994). Service use and Costs of Home-Based Versus Hospital-Based Care for People with Serious Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*, 165(2), 195–203. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.2.195>
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). *Salud Mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental* (1ª). European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kuipers, E., Leff, J., & Lam, D. (2004). *Esquizofrenia. Guía práctica de trabajo con las familias*. Paidós.
- Kuipers, L. (1992). Expressed emotion in 1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(1), 1–3. <https://doi.org/10.1007/BF00788948>
- Lalevic, G., Suhail, A., & Doyle, H. (2019). Home-based crisis team in North Cork service description and patient-related outcomes. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 36(1), 29–33. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.79>

- Lamb, H. R. (2000). The 1978 APA Conference on the Chronic Mental Patient: A Defining Moment. *Psychiatric Services*, 51(7), 874–878. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.7.874>
- Lázaro, J. (2000). Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq*, XX(75), 397–515.
- Leff, J., & Trieman, N. (2000). Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 176(3), 217–223. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.3.217>
- Lloyd-Evans, B., Bond, G. R., Ruud, T., Ivanecka, A., Gray, R., Osborn, D., Nolan, F., Henderson, C., Mason, O., Goater, N., Kelly, K., Ambler, G., Morant, N., Onyett, S., Lamb, D., Fahmy, S., Brown, E., Paterson, B., Sweeney, A., ... Johnson, S. (2016). Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1139-4>
- López-Álvarez, M. (1998). Bases de una nueva política en salud mental. In Díaz de los Santos (Ed.), *La psiquiatría en España de fin de siglo* (1ª, pp. 29–39).
- López-Gómez, D. (2006). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistema de apoyo comunitario. *Rehabilitación Psicosocial*, 3(1), 17–25.
- López-Ibor, J. J. (2008). La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(1), 1–9.
- Lozano Maneiro, B. (2003). En el aniversario de Erving Goffman (1922-1982). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas.*, 101, 47–61.
- Madoz-Gúrpide, A., Carlos Ballesteros Martín, J., Leira Sanmartín, M., & García Yagüe, E. (2017). Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la Reforma Psiquiátrica. *Rev Esp Salud Pública*, 91, 1–8. [www.msc.es/resp](http://www.msc.es/resp)
- Malone, D., Marriott, S., Newton-Howes, G., Simmonds, S., & Tyrer, P. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental

- illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000270.pub2>
- Mantilla, M., & Alonso, J. (2012). Aportes Socio-Antropológicos de las etnografías en los Hospitales Psiquiátricos. Revisión de la Bibliografía Anglosajona y Latinoamericana. *Culturas Psi*, 0, 100–112.
- Marshall, M., Crowther, R., & Almaraz-Serrano, A. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *HTA Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme Health Technology Assessment*, 5(21). [www.hta.ac.uk/htacd.htm](http://www.hta.ac.uk/htacd.htm)
- Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (1998). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000050>
- Marshall, M., & Rathbone, J. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004718.pub3>
- Martínez Jambrina, J. J., & Peñuelas Carnicero, E. (2007). Tratamiento asertivo comunitario: el modelo avilés. *Archivos de Psiquiatría*, 70(2), 77–82.
- Mas, J., & García, M. (2012). Hospitalización Parcial. In M. Desviat & Moreno Pérez (Eds.), *Acciones Salud Mental en la Comunidad* (pp. 389–399). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- McCrone, P., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hoult, J., McKenzie, N., Thompson, M., & Bebbington, P. (2009). Economic evaluation of a crisis resolution service: A randomised controlled trial. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18(1), 54–58. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001469>
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M., & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305–326. <https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.305>

- Megías del Rosal, F., Aguilar García-Iturrospe, E., & Silvestre Pascual, F. (2004). *Hospitalización Domiciliaria Salud Mental (EVES)*.
- Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Äijälä, A., & Helenius, H. (1999). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Related to Psychosis and Acute Involuntary Hospitalization in Schizophrenic and Delusional Patients. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(6), 343–352. <https://doi.org/10.1097/00005053-199906000-00003>
- Miglietta, E., Belessiotis-Richards, C., Ruggeri, M., & Priebe, S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 100, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.014>
- Mitchell, P., & Whittle, S. (1997). Community alternatives project: An evaluation of a community-based acute psychiatric team providing alternatives to admission. *Journal of Mental Health*, 6(4), 417–427. <https://doi.org/10.1080/09638239718743>
- Mitre Cotta, R. M., Suárez-Varela, M. M., González, A. L., Cotta Filho, J. S., Real, E. R., & Días Ricós, J. A. (2001). La hospitalización domiciliaria: Antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 10(1), 45–55. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892001000700007>
- Montes, J., Reneses, B., Pérez, J., del Álamo, C., Blanco, N., Gómez, D., Alberdi, I., Carrasco, J., Carretero, J., Rivera, A., Saiz, D., García-Albea, J., Correas, J., Díaz, M., Graell, M., Moreno, D., & Ruiz, S. (2019). *Humanización de la Asistencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- Morant, N., Lloyd-Evans, B., Lamb, D., Fullarton, K., Brown, E., Paterson, B., Istead, H., Kelly, K., Hindle, D., Fahmy, S., Henderson, C., Mason, O., Johnson, S., Clarke, M., Driver, S., Edwards, P., Fraser-Jackson, K., Hardy, J., Holmes, K., ... Wallace, G. (2017). Crisis resolution and home treatment: Stakeholders' views

- on critical ingredients and implementation in England. *BMC Psychiatry*, 17(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1421-0>
- Moreno-Küstner, B. (2002). *Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos* [Granada: Universidad de Granada].  
<http://hdl.handle.net/10481/4420>
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 37–74.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033314>
- Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., & Audini, B. (1992). Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ*, 304(6829), 749–754.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.304.6829.749>
- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E., & Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5>
- Novella, E. J. (2019). Los límites de la tecnocracia: La modernización autoritaria de la asistencia psiquiátrica en la España del segundo franquismo. *Dynamis*, 39(1), 73–97. <https://doi.org/10.30827/dynamis.v39i1.8667>
- Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Osuna-Guerrero, R., Montejo-González, A. L., & Duque-González, B. (2006). The costs of schizophrenia in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 7(3), 179–184. <https://doi.org/10.1007/s10198-006-0350-5>
- OMS. (1978). *Atención primaria de Salud. Declaración de Alma Mata*.
- Onyett, S., Linde, K., Glover, G., Floyd, S., Bradley, S., & Middleton, H. (2008). Implementation of crisis resolution/home treatment teams in England: National survey 2005-2006. *Psychiatric Bulletin*, 32(10), 374–377.  
<https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.018366>



- Osakidetza. (2010). *Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v.25.0)* (Osakidetza, Ed.).
- Paesa, M. (1998). Las publicaciones oficiales de las Naciones Unidas. *Revista de Las Cortes Generales*, 235–296.
- Pasamanick, B., Scarparpitti, F., & Dinitz, S. (1967). *Schizophrenics in Community. An Experimental Study in the prevention Hospitalization* (1ª). Appleton-Century-Crofts.
- Pearson, M., Hunt, H., Cooper, C., Shepperd, S., Pawson, R., & Anderson, R. (2015). Providing effective and preferred care closer to home: A realist review of intermediate care. *Health and Social Care in the Community*, 23(6), 577–593. <https://doi.org/10.1111/hsc.12183>
- Pelosi, A., & Jackson, G. A. (2000). Home treatment-enigmas and fantasies. *British Medical Journal*, 320, 308–309.
- Perestelo pérez, L., Rivero Santana, A., González Lorenzo, M., & Pérez Ramos, J. (2010). *Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación*.
- Pérez, F. (2006). Relato Historico. In *Dos décadas tras la Reforma Psiquiatrica* (1  , Vol. 1, pp. 27–72). AEN.
- Perez, F., & Peñaranda, M. (2017). El debate en torno a los manicomios entre los siglos XIX y XX: el caso Nelly Bly. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(131), 95–112. <https://doi.org/10.4321/S0211-575352017000100006>
- Piccinelli, M., Politi, P., & Barale, F. (2002). Focus on psychiatry in Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181(6), 538–544. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.6.538>
- Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C., & Ferrad  s, M. del M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 3(3), 185. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i3.75>

- Polak, P., & Jones, M. (1973). The psychiatric nonhospital: A model for change. *Community Mental Health Journal*, 9(2), 123–132. <https://doi.org/10.1007/BF01411088>
- Poste, J., & Quétei, C. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría* (2ª). Fondo de Cultura Económica.
- Querido. (1935). Community mental hygiene in the city of Amsterdam. *Mental Hygiene*, 19, 177–195.
- Querido. (1968). The shaping of community mental health care. *British Journal of Psychiatry*, 114, 293–302.
- Retolaza, A., Cabrera, A., & Terradillos, M. (2006). Tras dos décadas tras la reforma:¿ dónde estamos? In AEN (Ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica.: Vol. III* (1ª, pp. 201–238).
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica* (Gedisa, Ed.; 1ª).
- Rosen, A. (1997). Crisis management in the community. *Medical Journal of Australia*, 167(11–12), 633–638. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb138919.x>
- Rotelli, F., de Leonardis, O., & Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados»). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, VII(2), 165–187.
- Sadeniemi, M., Almeda, N., Salinas-Pérez, J. A., Gutiérrez-Colosía, M. R., García-Alonso, C., Ala-Nikkola, T., Joffe, G., Pirkola, S., Wahlbeck, K., Cid, J., & Salvador-Carulla, L. (2018). A Comparison of Mental Health Care Systems in Northern and Southern Europe: A Service Mapping Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1133. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061133>
- Salvador-Carulla, L., Costa-Font, J., Cabases, J., McDaid, D., & Alonso, J. (2010). Evaluating mental health care and policy in Spain. *J Ment Health Policy Econ*, 12(2), 73–86.

- Salvador-Carulla, L., & y otros. (2002). La salud mental en España: Cenicienta en el país de las maravillas. In *Informe SESPAS 2002* (Vol. 15, pp. 301–326). EVES.
- San Martín, H., & Pastor, V. (1988). *Salud Comunitaria: teoría y práctica* (2ª). Díaz de los Santos.
- Santo-Domingo Carrasco, J. (n.d.). *Pasado, presente y futuro de la higiene mental en España (1972)*.
- Schöttle, D., Ruppelt, F., Schimmelmänn, B. G., Karow, A., Bussopulos, A., Gallinat, J., Wiedemann, K., Luedecke, D., Rohenkohl, A. C., Huber, C. G., Bock, T., & Lambert, M. (2019). Reduction of involuntary admissions in patients with severe psychotic disorders treated in the access integrated care model including therapeutic assertive community treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10(736). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00736>
- Schöttle, D., Schimmelmänn, B. G., Karow, A., Ruppelt, F., Sauerbier, A. L., Bussopulos, A., Frieling, M., Golks, D., Kerstan, A., Nika, E., Schödlbauer, M., Daubmann, A., Wegscheider, K., Lange, M., Ohm, G., Lange, B., Meigel-Schleiff, C., Naber, D., Wiedemann, K., ... Lambert, M. (2014). Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: The 24-month follow-up ACCESS II study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(12), 1371–1379. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08817>
- Scott, D., & Starr, I. (1981). A 24-hour family orientated psychiatric and crisis service. *Journal of Family Therapy*, 3, 177–186.
- Shorter, E. (1990). Private Clinics in central Europe 1850-1933. *Social History of Medicine*, 3(2), 159–195.
- Singh, R., Rowan, J., Burton, C., & Galletly, C. (2010). How effective is a hospital at home service for people with acute mental illness? *Australasian Psychiatry*, 18(6), 512–516. <https://doi.org/10.3109/10398562.2010.526214>
- Sluzki, C. (1998). *La red social: Frontera de la práctica sistémica* (1ª). Gedisa.

- Smyth, M., & Hoult, J. (2000). The home treatment enigma. *British Medical Journal*, 320, 305–308.
- Sood, L., & Owen, A. (2014). A 10-year service evaluation of an assertive community treatment team: Trends in hospital bed use. *Journal of Mental Health*, 23(6), 323–327. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954694>
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment I. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 37, 392–397.
- Tarricone, Rosanna., Tsouros, A. D., World Health Organization. Regional Office for Europe., & Università commerciale Luigi Bocconi. (2008). *Home care in Europe : the solid facts*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Thomas, C. S., & Weisman, G. K. (1970). Emergency Planning: the Practical and Theoretical Backdrop To an Emergency Treatment Unit. *International Journal of Social Psychiatry*, 16(4), 283–287. <https://doi.org/10.1177/002076407001600404>
- Thornicroft, G. (1991). The concept of case management for long-term mental illness. *International Review of Psychiatry*, 3(1), 125–132. <https://doi.org/10.3109/09540269109067527>
- Thornicroft, G. (2007). Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. *Norte de Salud Mental* , 28, 16–22.
- Thornicroft, G., Alem, A., dos Santos, R., Barley, E., Drake, R. E., Gregorio, G., Hanlon, C., Ito, H., Latimer, E., Law, A., Mari, J., McGeorge, P., Padmavati, R., Razzouk, D., Semrau, M., Setoya, Y., Thara, R., & Wondimagecn, D. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*, 9, 67–77-undefined.
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15, 276–286.

- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283–290. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 14(1), 1–3. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001858>
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2014). *La mejora de la atención en Salud Mental* (Asociación Española de Neuropsiquiatría, Ed.; 1ª).
- Thornicroft, G., Wykes, T., Holloway, F., Johnson, S., & Szmuckler, G. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 173(5), 423–427. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.5.423>
- Torres Salinas, M., Capdevila Morel, J. A., Armario García, P., & Montull Morer, S. (2005). Conventional hospitalization alternatives in internal medicine. *Medicina Clinica*, 124(16), 620–626. <https://doi.org/10.1157/13074393>
- Torres-González, F. (2012). The Spanish psychiatric reform in perspective: achievements, pending issues, and the crisis. *Medwave*, 12(10), e5543–e5543. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.09.5543>
- Turner, J. C., & TenHoor, W. J. (1978). The NIMH Community Support Program: Pilot Approach to a Needed Social Reform\*. *Schizophrenia Bulletin*, 4(3), 319–349. <https://doi.org/10.1093/schbul/4.3.319>
- Vázquez-Barquero, J., & García, J. (1999). Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249, 128–135.
- Vázquez-Barquero, J., Garcia, J., & Torres-Gonzalez, F. (2001). Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? *Acta Psychiatrica Scand Suppl*, 104(410), 89–95.

- Vázquez-Bourgon, J., Salvador-Carulla, L., & Vázquez-Barquero, J. L. (2012). Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(5), 323–355.
- Villasante, O. (2011). La Polémica en torno a los manicomios, 1916. *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq.*, 31(4), 767–777. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000400013>
- Wasylenki, D., Gehrs, M., Goering, P., & Toner, B. (1997). A home-based Program for treatment of Acute Psychosis. *Community Mental Health Journal*, 33(2), 151–162. <https://doi.org/10.1023/A:1022479502283>
- Weinstein, A. S., & Cohen, M. (1984). Young Chronic Patients and Changes in the State Hospital Population. *Psychiatric Services*, 35(6), 595–600. <https://doi.org/10.1176/ps.35.6.595>
- Weisman, G. (1989). Crisis intervention. In Bellacks AS (Ed.), *A Clinical Guide for Treatment of Schizophrenia* (pp. 101–134). NewYork:Plenum Press.
- Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., Paterson, B., Zugaro, C. G., & Johnson, S. (2015). Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15(74). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>
- Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F. J., Rüphan, M., & Giel, R. (1995). Costs and Benefits of Hospital and Day Treatment with Community Care of Affective and Schizophrenic Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(S27), 52–59. <https://doi.org/10.1192/S0007125000293409>
- World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems WHO-AIMS Version2.2.* (2005).
- Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatric Services*, 51(11), 1410–1421. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1410>

## **VIII. ANEXOS**





## 1. ANEXO I



### PROPUESTA DE INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE SALUD MENTAL

Fecha:

Nombre	Edad	Sexo
Apellidos	Nº S.I.P	Hombre Mujer
Dirección de localización del paciente	Teléfonos de contacto	
Diagnósticos	Médico de AP  Psiquiatra responsable	
Medicación actual	Sospecha de riesgo suicida Alto Medio Bajo	
Motivo de ingreso	Sospecha de riesgo agitación o violencia Alto Medio Bajo	
Propuestas terapéuticas	Facultativo solicitante (cuño)  Especialidad solicitante  Firma	

## 2. ANEXO II

I	TRASTORNOS DEPRESIVOS
CODIGO	DESCRIPCIÓN CIE 9 MC
296.20	Trastorno depresivo mayor sin especificar
296.32	Trastorno depresivo mayor recurrente moderado
296.33	Trastorno depresivo mayor recurrente grave sin síntomas psicóticos
296.34	Trastorno depresivo mayor recurrente grave con síntomas psicóticos
296.80	Psicosis maniacodepresiva sin especificar
296.82	Trastorno depresivo atípico
296.90	Psicosis afectiva no especificada
309.0	Reacción depresiva breve
311	Trastorno depresivo
II	DEMENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ORGÁNICOS CEREBRALES CON TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS
CODIGO	DESCRIPCIÓN CIE 9 MC
290.20	Demencia senil con características delirantes
294.8	Otro síndrome cerebral orgánico crónico especificado
294.9	Síndrome cerebral orgánico no especificado
290.21	Demencia senil de tipo depresivo
310.0	Síndrome de lóbulo frontal
310.1	Síndrome orgánico de la personalidad
310.2	Síndrome posconmoción cerebral
310.9	Trastorno mental no psicótico no debido a lesión cerebral
III	TRASTORNOS PSICÓTICOS CRÓNICOS
CODIGO	DESCRIPCIÓN CIE 9 MC
295.00	Esquizofrenia tipo simple no especificada
295.10	Esquizofrenia tipo desorganizado
295.12	Esquizofrenia hebefrénica crónica
295.20	Psicosis esquizofrénica tipo catatónico sin especificar
295.30	Trastorno esquizofrénico tipo paranoide sin especificar
295.60	Esquizofrenia residual sin especificar
295.70	Trastorno esquizofrénico tipo esquizoafectivo
295.74	Trastorno esquizoafectivo crónico con exacerbación aguda
297.1	Paranoia
297.2	Parafrenia

297.8	Otro estado paranoide especificado
297.9	Estado paranoide sin especificar
<b>IV</b>	<b>TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS ESTABILIZADOS</b>
<b>CODIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN CIE 9 MC</b>
295.4	Episodio esquizofrénico agudo
295.40	Episodio esquizofrénico agudo sin especificar
295.90	Esquizofrenia sin especificar
295.92	Esquizofrenia sin especificar crónica
298.0	Psicosis de tipo depresivo
298.1	Psicosis de tipo agitado
298.2	Confusión reactiva
298.3	Reacción paranoide aguda
298.4	Psicosis paranoide psicógena
298.8	Otra psicosis reactiva y psicosis reactiva no especificada
298.9	Psicosis sin especificar
<b>V</b>	<b>FASES MANIACAS ESTABILIZADAS</b>
<b>CODIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN CIE 9 MC</b>
296.00	Trastorno maniaco de episodio único sin especificar
296.01	Trastorno maniaco único leve
296.02	Trastorno maniaco único moderado
296.03	Trastorno maniaco único grave sin comportamiento psicótico
296.04	Trastorno maniaco único grave con comportamiento psicótico
296.11	Trastorno maniaco recurrente leve
296.12	Trastorno maniaco recurrente moderado
296.13	Trastorno maniaco recurrente grave sin comportamiento psicótico
296.14	Trastorno maniaco recurrente grave con comportamiento psicótico
296.40	Trastorno afectivo bipolar maniaco sin especificar
296.440	Trastorno afectivo bipolar maniaco grave con comportamiento psicótico
<b>VI</b>	<b>CONDUCTAS SUICIDAS</b>
<b>CODIGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN CIE 9 MC</b>
300.9	Trastorno neurótico sin especificar